Global Africa nº 2, 2022

GLOBAL AFRICA



Afrika na ulimwengu katika nyakati za virusi

Africa and the world in viral times

L’Afrique et le monde à l’heure virale

افريقيا والعالم في عهد الفيروسات

À PROPOS

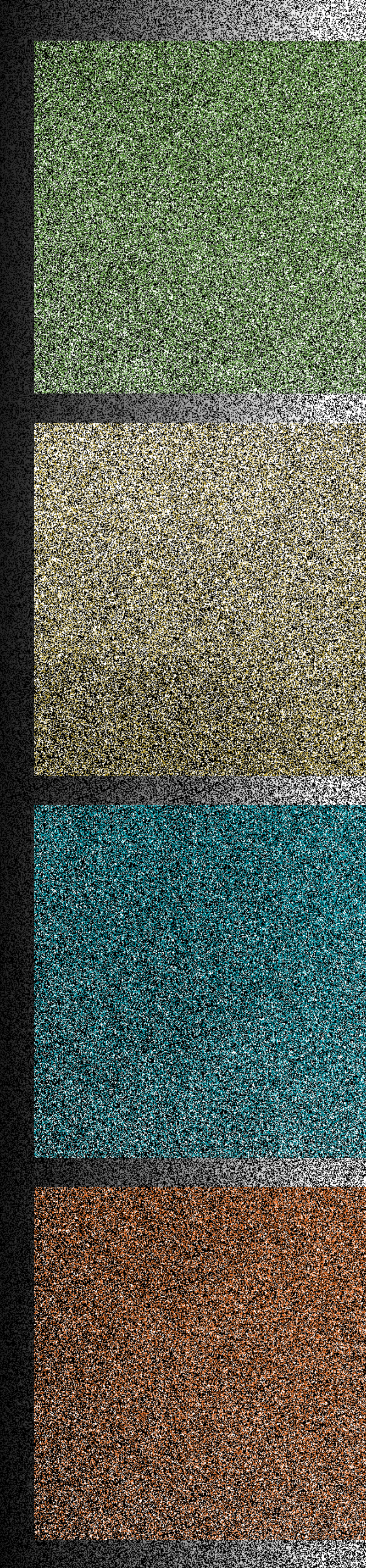
La revue *Global Africa* accueille des réflexions sur les enjeux globaux et leurs défis saisis à partir de l'Afrique et de ses diasporas. Ce contexte de défis anciens, nouveaux et futurs est celui dans lequel il faut penser de manière critique le Continent et ses trajectoires sociales, politiques, culturelles, économiques, scientifiques.

Global Africa est portée par le Laboratoire d'Analyse des Sociétés et Pouvoirs / Afrique – Diasporas (LASPAD) de l'Université Gaston Berger de Saint-Louis, au Sénégal avec l'Institut de recherche pour le développement (IRD) en France, le Laboratoire d'Études et de recherche sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL) au Niger et l'Université internationale de Rabat (UIR) au Maroc. *Global Africa* est une revue pluridisciplinaire, à partir et au-delà du champ des sciences sociales, et publie des textes originaux et/ou traduits en français, arabe, anglais et swahili. En prise avec les enjeux globaux, soucieuse de s'inscrire dans la « science de la durabilité » et dans la recherche prospective, *Global Africa* est un lieu d'analyses et de débats sur la place de l'Afrique dans le Monde.

Dans l'optique de renforcer l'écosystème de la publication de savoirs scientifiques en Afrique, les textes publiés par *Global Africa* répondent à une exigence majeure : investir des sujets qui font progresser les connaissances, la compréhension du réel, dans un champ qu'il soit disciplinaire ou thématique, ceci à partir de constructions théoriques et conceptuelles ainsi que de données empiriques solides, éprouvées. A titre d'exemple, sont attendues à la fois des contributions originales et critiques sur les problématiques inscrites dans les agendas internationaux (sécurité humaine, migrations, santé, éducation, environnement, ressources naturelles, démographie, genre, inégalités, urbanisation, démocratie, etc.), et des réflexions sur les rationalités, les valeurs et les pratiques à l'œuvre dans la problématisation même de questions ayant la prétention de dessiner les "trajectoires de développement" du Continent. Mieux encore, les enjeux éthiques, politiques et économiques liés à la quatrième révolution industrielle, qu'il s'agisse d'intelligence artificielle, de big data, de trans-post-humanisme, de nanotechnologies, de technologies numériques, de biopolitique, de gouvernance mondiale, de société de contrôle etc. seront explorés à partir du Continent. De ce point de vue, *Global Africa* considère que pour penser le monde d'aujourd'hui et celui à venir, il est fécond de mettre en dialogue les sciences humaines et sociales avec les sciences digitales.

Au-delà des incantations à l'interdisciplinarité, l'objectif est concrètement d'accueillir des analyses émanant de divers espaces disciplinaires dès lors que – dans une démarche réflexive ou appliquée – elles permettent d'enrichir les réflexions qui visent à comprendre les dynamiques à l'œuvre sur le Continent. Située dans le champ des études globales, la revue accorde pourtant une grande attention à ce qui se passe au niveau local. *Global Africa* juge indispensable de s'approprier des sujets qui font écho à des préoccupations « locales », émanant du corps social – qu'il s'agisse des personnes ou des groupes qui les vivent quotidiennement ou qui les organisent et les gouvernent – y compris celles des femmes, des jeunes et des personnes marginalisées. La revue s'ouvre dès lors aux arts, cultures, techniques et savoirs extra académiques, en discutant avec des experts reconnus dans leur domaine.

La gouvernance de *Global Africa* repose sur un dispositif de programmation et d'évaluation scientifique autonome -engageant un comité de rédaction, un conseil scientifique, et un collège d'évaluateurs externes anonymes- qui aboutit, après un travail éditorial scrupuleux géré par un dispositif de production éditoriale, de traduction et de diffusion assuré par le LASPAD (Université Gaston-Berger de Saint-Louis), à une livraison de haute qualité scientifique. Disponible en ligne en open access, *Global Africa* publie quatre fois par an un numéro thématique, incluant des textes hors dossier (varias), des points de vue d'experts en prise avec l'actualité et des recensions d'ouvrages.



Coordination scientifique du numéro

Frédéric Le Marcis, Josiane Tantchou et Noémi Tousignant

Appui au service de traduction

Sulaiman Adebowale et Armelle Lefebvre

Traductions en anglais

Dominique Macabies a traduit les textes F. Eboko et al., A. A. Pam et F. Attas

Mariétou Mbengue a traduit les entretiens d'I. S. Fall et d'A. Touré

Sulaiman Adebowale a traduit les textes d'E. Fitte-Duval, G. Rouamba et al., Y. Belhadi, S. Ayimpam et al., G. Sylla

Traductions de l'arabe vers le français

Abdelhamid Ladhari de l'Itrat (Institut de traduction de Tunis) a traduit le texte de M. Farès sous la supervision de Zahia Jouirou

Mohamed Jouili a traduit l'éditorial et le texte d'E. Fitte-Duval

Traductions en swahili

Elvis Gakunzi a traduit l'éditorial

Révision et validation des traductions en anglais

Sulaiman Adebowale et Cheikh Thiam

Révision et validation des traductions en arabe

Mohamed Jouili

Copy editing

Armelle Lefebvre, Marie-Laure Portal et Souleymane Camara

Relecture des épreuves

Marie-Laure Portal et Souleymane Camara

Exécution de la maquette et mise en page

Mouhamed Koudous Amoussa et Jean Jacques Dosseh

Crédits photographiques

Nos remerciements à Elise Fitte-Duval pour les photos du fil iconographique et à Obinna Makata pour la photo de couverture @Medecine After Death

Le logo de Global Africa est emprunté au signe Nsibidi qui représente le savoir et le partage.

Le collège des évaluateurs étant anonyme, nous ne publions pas les noms de ses membres. Nous adressons nos chaleureux remerciements à l'ensemble des évaluateurs pour leur disponibilité et leurs fécondes contributions.





Revue *Global Africa*
numéro 2
Décembre 2022

Périodicité : *quatre numéros annuels (deux pour les deux premières années 2022, 2023)*
Propriété *: Université Gaston Berger, Sénégal*
Éditeur : *Université Gaston Berger, Sénégal*
Directeur de la publication : Ousmane Thiaré, *Recteur de l'Université Gaston-Berger*
ISSN : immatriculation en cours

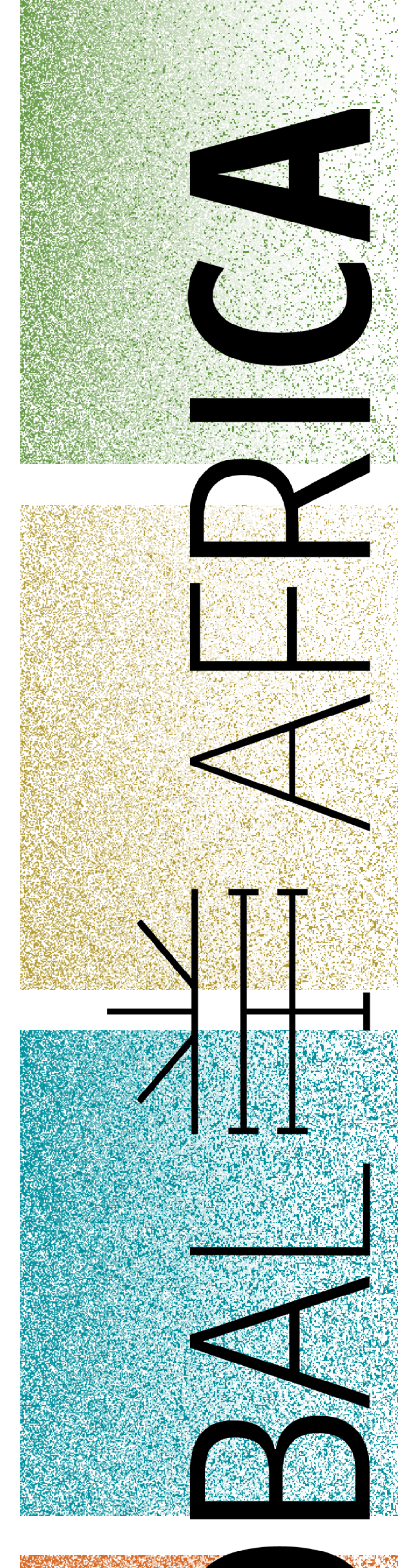
Programmation et évaluation

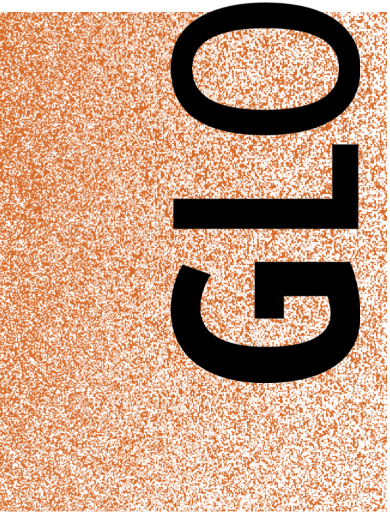
Comité de rédaction
Mame-Penda Ba *(Rédactrice en chef), Science politique, Université Gaston Berger*
Toussaint Kafarhire Murhula, *Science politique, ASAA, ULC and UPN*
Uchenna Okeja, *Philosophie, Rhodes University*
Olivier Dangles, *Biodiversité, Science de la durabilité, IRD*
Farid El Asri, *Anthropologie, UIR*
Faisal Garba, *Sociologie, UCT*
Mohamed Jouili, *Anthropologie, ULM*
Nadine Machikou, *Science politique, Université de Yaoundé*
Frédérique Louveau, *Anthropologie, UGB*
Mireille Razafindrakoto, *Économie, IRD*
Philippe Lavigne-Delville, *Anthropologie, IRD*
Divine Fuh, *Anthropologie, UCT*

Secrétaire de rédaction
Armelle Lefebvre

Conseil scientifique
Akosua Ampofo *(Présidente), Gender studies, ASAA*
Paul Tiyambe Zeleza, *Économie, USIU*
Souleymane Bachir Diagne, *Philosophie, CU*
Mamadou Diouf, *Histoire, CU*
Cecelia Lynch, *Science politique, UCI*
Estienne Rodary, *Géographie et science politique, IRD*
Célestin Monga, *Économie, World Bank/Harvard*
Bouchra Sidi Hida, *Sciences sociales et gouvernance, Codesria*
Philippe Peycam, *Histoire, IIAS*
Ibrahima Thioub, *Histoire, UCAD*
Fatima Sadiqi, *Linguistique et études de genre, Université de Fes*
François Roubaud, *Économie, IRD*
Felwine Sarr, *Économie, Duke University*
Steffan Ouma, *Géographie, University of Bayreuth*
Fatou Sow, *Gender studies, CNRS/UCAD*
Pap Ndiaye, *Histoire, SciencePo / Musée national de l'histoire de l'immigration*
Fouad Laroussi, *Linguistique, Université de Rouen*
Zahia Jouirou, *Études islamiques et religions comparées, Université de La Manouba*
Ibrahima Kane, *Droits humains, OSF/UA*
Reda Benkirane, *Université Mohammed VI, Polytechniques*
Walter Mignolo, *Anthropologie, Duke University*
Fabienne Samson, *Anthropologie, IRD/IMAF*
Dominique Darbon, *Science politique, LAM*
Mbissane Ngom, *Droit, UGB*
Fatima Harrak, *Histoire et science politique, Institut d'études africaines, Université Mohammed V*

La lecture des articles en arabe suit la numérotation de page de l'ensemble de la revue, de gauche à droite.





افريقيا والعالم في عهد الفيروسات

L'Afrique et le monde à l'heure virale

Africa and the world in viral times

Afrika na ulimwengu katika nyakati za virusi

Sommaire

L'Afrique et le monde à l'heure virale



Africa and the world in viral times

Afrika na ulimwengu katika nyakati za virusi

افريقيا و العالم في عهد الفيروسات

Savoirs africains contre pandémie

Global Africa

Le comité de rédaction est dirigé par Mame-Penda Ba, professeure en sciences politiques à l'Université Gaston Berger et directrice du LASPAD.

redaction@globalafricapress.org

How to cite this paper:
Global Africa, (2022). Savoirs africains contre pandémie.
Global Africa, *(2)*, pp. 6-7 .
https://doi.org/10.57832/9nrc-sq52

La Covid-19 n'a pas laissé le choix aux équipes éditoriales, elle s'est hissée en haut des priorités sans autre forme de procès, bouleversant les programmations des rédactions comme elle s'est imposée dans tous les domaines et à tous les acteurs.

Elle soulève ou rappelle de multiples problématiques : la cohabitation entre humains, animaux, environnement et virus, la dispersion extraordinaire des choses et des êtres induite par la globalisation, les (dys)fonctionnements dans la gouvernance de la santé mondiale et des systèmes de santé, les inégalités de race, de classe, d'accès aux traitements, mais aussi à des infrastructures de recherche, etc. Ces questions, mais aussi la magnitude de la pandémie et ses impacts multidimensionnels sont tels qu'il nous faut humblement, après d'autres, chercher à comprendre ce qui s'est passé dans le monde et sur le continent africain depuis décembre 2019. Inscrire nos questionnements dans le temps est une nécessité. Dans la longue durée de l'histoire, d'abord, car cette pandémie n'est ni la première, ni la dernière. Dans le temps présent et de manière prospective ensuite, car tous les cinq ans, nous dit-on, émergera une nouvelle pandémie, plus particulièrement une zoonose. Si cette prédiction est avérée – et elle l'a été sur la période 1976-2019 –, alors, à cause de l'effet de choc de la Covid-19, vivre signifiera négocier consciemment et constamment avec des virus et gouverner exigera de plus en plus de le faire sous la menace des effets des pandémies.

De ce point de vue, les Africains ont un défi et une opportunité formidables à saisir. Il s'agira, pour des sociétés dont l'informalité économique et bureaucratique, la fragilité des systèmes de santé et le caractère rudimentaire de la protection sociale sont des

traits structurels, de tirer avantage de la pandémie de la Covid-19 pour asseoir une gouvernance d'anticipation et de réparation. Faire face aux urgences (sanitaires, sociales, environnementales, etc.) exige de comprendre le type d'« événement » dont il est question, de s'attaquer aux problèmes essentiels qui les rendent possibles pour les anticiper, et d'innover scientifiquement et socialement pour y répondre – sans jamais perdre de vue l'histoire des épidémies dont elles sont aussi les conséquences et dont elles devraient, bien plus qu'elles ne l'ont fait pour la Covid-19, tirer les leçons. Cette « raison sanitaire » telle qu'on vient de la définir, déclinée sectoriellement, pourrait être le nouveau paradigme des politiques publiques et la base des nouveaux contrats sociaux dont le continent a besoin. De ce point de vue, il y a un plaidoyer que la survenue de la Covid doit plus que jamais renforcer : celui de l'impératif pour les pays africains et les organisations panafricaines d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques de recherche financées par les Africains pour les Africains, adossées à des politiques de formation pour assurer l'arrivée d'une nouvelle expertise capable de changer les choses sur le plan scientifique et sur le plan des pratiques. La pandémie a fait apparaître que la seule option digne, pérenne, utile, consiste à faire de la recherche le pivot de la transformation de tous les secteurs pour que soient créées des connaissances à la fois novatrices et utiles dans un contexte africain et mondial. Quant à l'opportunité, elle réside dans le potentiel transformateur des savoirs et des expériences africains pour le continent lui-même et pour le monde. L'Afrique – et plus largement le Sud dans sa globalité – a sur la question des épidémies des avantages comparatifs indéniables. En effet, le continent, comme le rappelle le directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est « confronté à plus d'une centaine d'épidémies chaque année ». Cette conjoncture particulière a favorisé la production de connaissances fines des terrains, des maladies et des réponses :

> « le continent a mis en place des modèles de réponse qui fonctionnent. Les Africains peuvent enseigner au reste du monde des stratégies, des dispositifs et des pratiques innovants sur la manière de se préparer, de répondre aux épidémies et sur les mécanismes de résilience et d'adaptation des communautés face à des situations complexes », rappelle-t-il.

Ces savoirs importants, qui touchent aussi bien à l'épidémiologie, la biologie, la pharmacie, la modélisation, la biostatistique, l'histoire, l'économie, la science politique et la socio-anthropologie, doivent être davantage disséminés et valorisés à travers de multiples dispositifs : revues, formation en ligne ouverte à tous (*Massive Open Online Course*, MOOCs), ouvrages, films documentaires, op-eds. Ils doivent permettre à l'échelle globale une meilleure connaissance des épidémies et, au plan local, une prise de décision plus éclairée, un renouvellement des enseignements et de la connaissance des sociétés et des institutions. La mise en place d'une revue (ouest)africaine de santé publique, par exemple, en gestation depuis quelques années, s'impose.

Sans doute, c'est aussi de cette manière qu'on vaincra ce virus toujours très répandu qui s'attaque aux regards valorisant l'Afrique pour ne laisser voir que fatalités, stagnation et dépendance.

Global Africa a donc voulu commencer à documenter les manières africaines de gouverner et de négocier la pandémie dans une pluralité de contextes afin de déterminer, à partir de la Covid et plus largement de la lutte contre les épidémies, ce qui se constitue comme savoirs nouveaux, méthodes et concepts capables de nous aider à relever les défis spécifiques mis en lumière par la pandémie. Cela a été l'ambition de ce numéro spécial, coordonné par Noémi Tousignant, Frédéric Le Marcis et Josiane Tantchou. Les rédacteurs ont réussi le pari de faire cohabiter des jeunes auteurs avec des décideurs clés de la santé mondiale, des études pluridisciplinaires avec des études de cas, et à donner place à l'histoire de la médecine coloniale et aux autres épidémies (les programmes de lutte contre le paludisme et la riposte contre Ébola).

C'est ici le lieu de les remercier vivement, ainsi que les nombreux évaluateurs et traducteurs qui ont accepté d'accompagner les auteurs dans les différentes versions de leurs articles.

African knowlewdge against the pandemic

Global Africa
The editorial board is headed by Mame-Penda Ba, Professor of political science at Gaston Berger University and Director of LASPAD.
redaction@globalafricapress.org

How to cite this paper:
Global Africa, (2022). Savoirs africains contre pandémie.
Global Africa, (2), pp. 8-9.
https://doi.org/10.57832/36a7-9587

COVID-19 has left no choice to editorial teams by becoming the top priority for everyone - disrupting schedules as it has imposed itself upon all areas of life and all social actors. COVID reminds us of many problematics of our interdependencies: the cohabitation between humans, animals, the environment and viruses; the extraordinary dispersion of things and beings induced by globalization; the (dys)functionings of the governance of world health and health systems; inequalities of race, class, access to treatment, but also to research infrastructures, etc.

These issues, as well as the magnitude of the pandemic and its multidimensional impacts are such that we must humbly seek to understand what has happened in the world and on the African continent since December 2019.

It is necessary to situate our questioning in the long run. First of all, in the longer term of history because this pandemic is neither the first nor the last. We have been told that every five years a new pandemic will emerge, especially a zoonosis. If this forecast is true - and it has been true over the period 1976-2019 - then, because of the shock effect of COVID-19, to living will mean to be consciously and constantly negotiating with viruses, and to govern will increasingly require doing so under the threat of pandemics and their consequences

From this perspective, Africans have a tremendous challenge to overcome and an opportunity to seize. For societies whose economic and bureaucratic informality, fragile health systems, and rudimentary social protection constitute structural features, the Covid-19 pandemic will be an opportunity to establish a governance

of anticipation and repair. Dealing with emergencies (with regard to health, social and environmental issues, etc.) requires us to understand the type of “event” in question, to tackle the essential problems that make them possible in order to prevent them, and to innovate scientifically and socially to respond to them. In doing so, one should never lose sight of the epidemics’ history of which they are also the consequences, and from which we should, much more than we did for Covid-19, learn lessons. But, the history of modern Africa is also in part constituted by a life on the edge. This has taught people on the continent lessons that could be extrapolated to the social, political, health and economic spheres to deal with future pandemics. The question to this end becomes how to approach this task of learning from the experience of anxieties and disadvantage. This health-related “reason” as it has just been defined, sectorally expressed, could be the new paradigm for public policies and the foundation for the new social contracts that the continent needs. From this perspective, there is a plea that the emergence of Covid should strengthen more than ever the imperative for African countries and pan-African organizations to develop and implement research policies funded by Africans for Africans, backed by training to ensure a new expertise that could make a difference in terms of science and practices. The pandemic has revealed that the only worthy, sustainable and useful option is to make research the backbone of the transformation of all sectors of society in order to create a knowledge that is both innovative and relevant in an African and global context.

As for the opportunity, it lies in the transformative potential of African knowledge and experience for the continent itself and for the world. Africa - and more broadly the Global South as a whole - has undeniable comparative advantages when it comes to epidemics. Indeed, the continent, as the Deputy Director-General of the World Health Organization (WHO) in charge of emergencies reminds us, is “confronted with more than a hundred epidemics each year”. This particular context has favored the production of in-depth knowledge of the terrains, the diseases and the responses:

> “the continent has implemented response models that work. Africans can teach the rest of the world innovative strategies, systems and practices regarding how to prepare for and respond to epidemics and the resilience and adaptation mechanisms of communities when faced with complex situations”, he said.

This important knowledge, which includes epidemiology, biology, pharmaceutics, modeling, biostatistics, history, economics, political science and socio-anthropology, must be further disseminated and promoted through a variety of mechanisms such as journals, Massive Open Online Courses (MOOCs), books, documentary films, op-eds. These should enable a better knowledge of epidemics at the global level and, at the local level, more informed decision making, as well as renewal of lessons learned and of the more general knowledge of societies and institutions. The establishment of a (West) African public health journal, for example, which has been in the making for several years, is imperative. We have to face the fact that, although Africa has a lot to offer in terms of knowledge gained from experiences, the challenge remains the legitimation of such knowledge due to power deficits. This is certainly the way to overcome this virus that is still widespread and that attacks the views that value Africa, leaving only fatalities, stagnation and dependence.

Thus, Global Africa has started documenting African ways of governing and negotiating the pandemic in a plurality of contexts in order to determine, from COVID and, more broadly, from the fight against other epidemics, what is being developed in terms of new knowledge, methods, and concepts that are able to help us meet the specific. challenges brought to light by the pandemic. This is the aim of this special issue coordinated by Noémi Tousignant, Frédéric Le Marcis and Josiane Tantchou. The editors have succeeded in bringing together young authors along with key decision-makers in global health through multidisciplinary studies with case studies providing space for the history of colonial medicine and other epidemics (the malaria control programs and the Ebola response).

This is the occasion to warmly thank them, as well as the many reviewers and translators who agreed to work with authors on the different versions of their articles.

Ujuzi wa Kiafrika dhidi ya janga

Global Africa
Jukwaa la wahariri linaongozwa na Mame-Penda Ba, profesa wa sayansi ya siasa katika Chuo Kikuu cha Gaston Berger na mkurugenzi wa LASPAD.
redaction@globalafricapress.org

How to cite this paper:
Global Africa, (2022). Ujuzi wa Kiafrika dhidi ya janga,
Global Africa, (2), pp.10-11.

Covid-19 haikutoa chaguo kwa timu za wahariri, imeongezeka juu ya vipaumbele bila fomu zaidi ya kesi, ikikasirisha programu ya wafanyikazi wa wahariri kwani imejiweka katika maeneo yote na watendaji wote.

Inazua au kukumbuka shida nyingi: kushirikiana kati ya wanadamu, wanyama, mazingira na virusi; Utawanyiko wa ajabu wa vitu na viumbe vilivyochochewa na utandawazi, (dys) inayofanya kazi katika utawala wa mifumo ya afya na afya ulimwenguni, usawa wa rangi, darasa, upatikanaji wa matibabu, lakini pia kwa utafiti wa miundombinu nk. Maswali haya, lakini pia ukubwa wa janga na athari zake nyingi ni kwamba tunahitaji kwa unyenyekevu, baada ya wengine, kujaribu kuelewa kilichotokea ulimwenguni na bara la Afrika tangu Desemba 2019.

Kuandika maswali yetu kwa wakati ni jambo la lazima. Katika muda mrefu wa historia, kwanza, kwa sababu janga hili sio la kwanza au la mwisho. Kila miaka mitano, tunaambiwa, itaibuka janga mpya, haswa zoonosis. Ikiwa utabiri huu umethibitishwa-na ilikuwa katika kipindi cha 1976-2019-, basi, kwa sababu ya athari ya mshtuko wa Covid-19, kuishi itamaanisha kujadili kwa uangalifu na mara kwa mara na virusi na kutawala zaidi itahitaji zaidi kwa kufanya hivyo Chini ya tishio la athari za milipuko.

Kwa mtazamo huu, Waafrika wana changamoto kubwa na nafasi ya kumtia. Itakuwa, kwa kampuni ambazo kiuchumi na ukiritimba, udhaifu wa mifumo ya afya na hali ya kawaida ya ulinzi wa kijamii ni sifa za kimuundo, kuchukua fursa ya janga la Covid-19 kuanzisha matarajio ya utawala na ukarabati. Inakabiliwa na dharura (afya, kijamii, mazingira nk) inahitaji kuelewa aina ya «tukio» katika swali,

kushughulikia shida muhimu ambazo zinawafanya waweze kutarajia, na kubuni kisayansi na kijamii kujibu bila kupoteza mtazamo wa kuona milele Historia ya milipuko ambayo wao pia ni matokeo na ambayo wanapaswa, zaidi kuliko vile walivyofanya kwa Covid-19, kujifunza kutoka. «Sababu» hii ya kiafya kama inavyofafanuliwa tu, imepungua kisekta, inaweza kuwa dhana mpya ya sera za umma na msingi wa mikataba mpya ya kijamii ambayo bara hilo linahitaji. Kwa mtazamo huu, kuna ombi kwamba tukio la Covid lazima zaidi ya kuimarisha: ile ya umuhimu kwa nchi za Kiafrika na mashirika ya pan -african kukuza na kutekeleza sera za utafiti zilizofadhiliwa na Waafrika kwa Waafrika, zinazoungwa mkono na sera za mafunzo kwa Hakikisha kuwasili kwa utaalam mpya wenye uwezo wa kubadilisha mambo kwenye kiwango cha kisayansi na kwa suala la mazoea. Ugonjwa huo ulifunua kuwa chaguo pekee linalostahili, endelevu, na muhimu ni kufanya utafiti wa mabadiliko ya sekta zote ili maarifa ya ubunifu na muhimu yameundwa katika muktadha wa Kiafrika na ulimwengu.

Kama fursa hiyo, iko katika mabadiliko ya maarifa na uzoefu wa Kiafrika kwa bara lenyewe na kwa ulimwengu. Afrika - na kwa upana zaidi Kusini kwa jumla - ina swali la milipuko ya faida za kulinganisha ambazo haziwezi kuepukika. Kwa kweli, Bara, kama Mkurugenzi Mkuu wa Shirika la Afya Ulimwenguni (ambaye) anakumbuka, «anakabiliwa na magonjwa zaidi ya mia kila mwaka». Hali hii imependelea uzalishaji wa ufahamu mzuri wa ardhi, magonjwa na majibu:

> «Bara hilo limeanzisha mifano ya majibu ambayo inafanya kazi. Waafrika wanaweza kufundisha ulimwengu wote wa mikakati, vifaa na mazoea ya ubunifu juu ya jinsi ya kujiandaa, kujibu milipuko na mifumo ya ujasiri na marekebisho ya jamii mbele ya hali ngumu.»

Ujuzi huu muhimu, ambao unaathiri ugonjwa wa magonjwa, baiolojia, maduka ya dawa, modeli, biostatistics, historia, uchumi, sayansi ya kisiasa na jamii ya kijamii, lazima iwekwe zaidi na kuthaminiwa kupitia vifaa vingi: majarida, mafunzo ya mkondoni kwa wote (mbio kubwa za mkondoni mkondoni - MOOCs), kazi, filamu za maandishi, ope -EDS. Lazima waruhusu kwa kiwango cha ulimwengu maarifa bora ya milipuko na, katika ngazi ya mitaa, uamuzi ulioangaziwa zaidi, upya wa mafundisho na ufahamu wa jumla wa kampuni na taasisi. Uanzishwaji wa Jarida la Afya ya Umma ya Kiafrika (Magharibi), kwa mfano, katika ujauzito kwa miaka michache, ni muhimu. Bila shaka, pia ni kwa njia hii kwamba virusi hivi vitashinda kwa kuenea sana ambayo inashambulia macho ya kuthamini Afrika ili kuona tu vifo, vilio na utegemezi.

Kwa hivyo Afrika ya Global ilitaka kuanza kuorodhesha njia za Kiafrika za kutawala na kujadili janga hilo kwa wingi wa muktadha wa kuamua, kutoka kwa covvid na kwa upana zaidi kutoka kwa mapambano dhidi ya milipuko, ambayo imeundwa kama maarifa mpya, njia na dhana zinazoweza kutusaidia kuchukua juu changamoto maalum zilizoonyeshwa na janga. Hii ilikuwa matarajio ya suala hili maalum, lililoratibiwa na Noémi Tousignant, Frédéric Le Marcis na Josiane Tantchou. Wahariri wamefanikiwa kufanya waandishi wachanga pamoja na maamuzi muhimu ya afya ya ulimwengu, masomo ya kimataifa na masomo ya kesi, na kutoa njia ya historia ya dawa za kikoloni na milipuko mingine (mipango ya mapigano dhidi ya ugonjwa wa malaria na majibu dhidi ya Ebola).

Hapa ndio mahali pa kuwashukuru sana, na vile vile wakaguzi wengi ambao walikubaliana kuunga mkono waandishi katika matoleo tofauti ya nakala zao.

معارف أفريقية في مواجهة الجائحة

جلوبال أفريكا

يرأس هيئة التحرير مام بيندا با ، أستاذة العلوم السياسية في جامعة جاستون بيرجر ومديرة LASPAD

redaction@globalafricapress.org

How to cite this paper:
جلوبال أفريكا, (2022). معارف أفريقية في مواجهة الجائحة. *Global Africa*, (2), pp. 12-13.

لم يترك الكوفيد-١٩ خيارا آخر لهيئة التحرير غير تبجيله على مواضيع أخرى كانت قد برمجتها ووجدت نفسها مكرهة على تأجيلها إلى أعداد لاحقة كما هو الحال في كل القطاعات الأخرى [الصحيّة والاقتصاديّة وغيرها] حيث فرض الكوفيد ١٩ نفسه مشغلا أساسيّا للفاعلين فيها.

يثير الكوفيد ١٩ إشكالات متعدّدة مثل التعايش بين البشر والحيوان والمحيط الطبيعي والاضمحلال المذهل للأشياء والكائنات بسبب العولمة والخلل الذي أصاب حوكمة الصحّة العامة في العالم وأنظمة الصحّة وكذلك نتيجة لعدم المساواة بين الأجناس والأعراق وبين الطبقات الاجتماعيّة في التمتّع بالمعالجة والمداواة وكذلك لعدم المساواة في الأبنية التحتيّة للبحث العلمي إلى غير ذلك من مظاهر الحيف وانعدام النصفة.

لم تلفت هذه القضايا وحدها الانتباه وإنّما كذلك الوقع الهائل الذي أحدثته الجائحة وما ترتب عنها من تأثيرات متعدّدة الأبعاد جعلت من الأهمّية بمكان أن نبحث في تواضع بعد آخرين سبقونا إلى ذلك عن فهم ما حدث في العالم وفي القارة الأفريقيّة منذ شهر ديسمبر (كانون الأوّل) ٢٠١٩.

كان من الضروري إذن أن ننزّل تساؤلاتنا في سياق زمني، أي في امتداد تاريخ الطويل من الجوائح، بادئا ذي بدء لأنّ هذه الجائحة ليست

الأولى ولا الأخيرة. ففي كلّ خمس سنوات كما يُقال تظهر جائحة جديدة، لاسيما الأمراض حيوانيّة المنشأ . إذا ثبت هذا التوقّع – وهذا ما حدث بين ١٩٧٦-٢٠١٩- فحينئذ وبسبب الصدمة التي أوقعها كوفيد-١٩ في النفوس، فأنْ نحيا يعني [أنّه لا مفرّ لنا] من التعامل عن وعي وبصفة دائمة مع الفيروسات وأنْ نحكم فهذا يتطلّب أكثر فأكثر أن نأخذ بعين الاعتبار التهديد الذي تمثّله آثار الجوائح وانعكاساته على حياتنا.

فالأفارقة من هذه الناحية يواجهون تحدّيا هائلا عليهم رفعه وتتُاح لهما فرصة عظيمة ينبغي عليهم انتهازها. يتعلّق الأمر بمجتمعات تتميّز باقتصاد وإدارة لا يخضعان لمعايير ثابتة وتُعرف بهشاشة أنظمتها الصحّيّة وبنظام حماية اجتماعيّة غير متطوّر وهي سمات هيكليّة تميّز هذه المجتمعات. ينبغي إذن التعلّم والاستفادة أكثر ما يمكن من جائحة كوفيد-١٩ لبلورة حوكمة استباقيّة وإصلاحيّة. تتطلّب مواجهة القضايا المستعجلة الصحيّة منها والاجتماعيّة والبيئية وغيرها فهم طبيعة « ما يحدث» والذي هو موضوع تساؤل وبحث كما تتطلّب التصدّي للقضايا الأساسيّة التي تجعلها ممكنة الحدوث لاستباق البحث عن حلول لها وكذلك الابتكار علميّا واجتماعيّا للردّ عليها وفي كلّ هذا لا ينبغي أبدا إهمال تاريخ الجوائح الذي ينبغي على هذه المجتمعات أن تستخلص منه العبر والدروس أفضل ممّا كان عليه الحال مع الكوفيد-١٩.

فهذا» العقل» الصحّي الذي نحن بصدد تعريفه وهو المتهالك قطاعيّا يمكن أن يكون قاعدة تتأسّس عليها عقود اجتماعيّة جديدة القارة الأفريقيّة في أمسّ الحاجة إليها. فمن وجهة النظر هذه نوجّه دعوة إلى كلّ الفاعلين الأفارقة في شتّى المجالات إلى العمل على أن ينطبق على الكوفيد ١٩ المثل القائل» رُبّ ضارة نافعة»، أي ينبغي أن يكون هذا الوباء أكثر من أيّ وقت مضى دافعا إلي الإحساس بضرورة أن تعمل البلدان الأفريقيّة والمنظمات الأفريقيّة على بلورة سياسات في البحث العلمي مموّلة من الأفارقة ولصالح الأفارقة وإنجازها على أرض الواقع تكون مستندة بدورها على سياسات في التكوين والتأهيل بغرض ضمان خلق خبرات جديدة قادرة على تغيير ما هو عليه الأمر الآن من الناحية العلميّة النظريّة وعلى مستوى الممارسات العمليّة التطبيقيّة على حدّ السواء.

لقد أبانت الجائحة أنّ الخيار الوحيد الملائم والقابل للاستمرار وله فائدة جمّة يتمثّل في جعل البحث العلمي القطب الذي يدور عليه.

Désaugmentation

Élise Fitte-Duval
Artiste photographe
@elisefitteduval
elisefitteduval.com

How to cite this paper:
Fitte-Duval, E. (2022). Désaugmentation.
Global Africa,(2), pp. 14-15.
https://doi.org/10.57832/m77k-ne87

La série Désaugmentation de l'artiste photographe Elise Fitte-Duval constitue le fil iconographique qui parcourt ce numéro.

Le corps est mon point de départ pour penser notre rapport au vivant. Je tente d'aborder les faits sociaux par la trace qu'ils laissent dans le corps, comme une expérience subjective qui fait partie de la construction de notre monde. Il s'agit de traiter l'idée que l'espace que nous occupons, dans lequel nous circulons, interagit en permanence avec nos corps en mouvement. Le corps, point de contact entre l'homme et le monde, est à mi-chemin entre une intériorité et l'extériorité qui l'englobe ; ainsi est-il le lieu fondamental d'une rencontre, celle que l'humain fait à chaque instant avec les autres et l'univers. Lorsque je ne peux pas photographier d'autres personnes, je me tourne vers mon environnement immédiat, qui est la ville. Je suis donc un corps en relation qui photographie le vivant. Si « le corps nègre » est le premier théâtre d'opérations, alors je me situe dans la droite ligne des préoccupations artistiques du monde caribéen qui m'a forgée : l'être et le lieu, le corps (du point de vue de la redéfinition de son image, mais aussi le corps en tant que véhicule narratif). Pourquoi la ville et le corps ? Parce que, comme le philosophe Denetem Touam Bona le dit : « Il existe un rapport intime entre la manière dont une société traite ses milieux de vie et ce qu'elle fait de ses rêves. » Dakar est une ville fascinante, bouillonnante, mais aussi effrayante, telle une expression de ce vers quoi nous conduit notre modernité. Le

> boom que vit Dakar est le symbole même de la marchandisation intégrale du vivant et de l'uniformisation des modes d'existence. Notre activité humaine, destructrice au nom du développement capitaliste, me préoccupe. Selon Henri Laborit, l'urbanisation renforce les capacités d'accroissement du profit et de consolidation de la structure socio-économique. La ville constitue un milieu essentiellement propice à la production, à la promotion, puis à la diffusion de biens de consommation, sous couvert du mythe de la satisfaction des besoins et de l'accès au bonheur pour tous. C'est une forme d'aliénation qui conduit à la fuite en avant. Partant de cette définition, j'essaie de trouver dans l'image, avec le corps, une poétique associée à la spatialité.

Artiste née en Martinique, Élise Fitte-Duval vit et travaille au Sénégal depuis une vingtaine d'années. Elle est diplômée de l'École d'arts plastiques de la Martinique en 1989 et de l'École nationale supérieure des arts décoratifs de Paris dans la spécialité photographie en 1996.

Elle poursuit une recherche photographique de forme narrative dans laquelle elle explore l'humain, le social et l'urbain. Elle a reçu le prix Casa Africa pour une femme photographe aux Rencontres photographiques de Bamako 2011. Jusqu'en 2018, Élise Fitte-Duval a été photographe éditrice à l'agence panafricaine d'information (PANAPRESS) qui a son siège à Dakar.

Liens :

https://www.geantesinvisibles.com
https://www.fondation-clement.org/decouvrir-les-expositions/exposition-collectivevisionsarchipeliques
https://aica-sc.net/2016/10/21/elise-fitte-duval-la-photographie-comme-document/
https://aica-sc.net/2016/10/21/elise-fitte-duval-la-photographie-comme-document/
http://dakar-bamako-photo.eu/fr/fitte-duval-biographie. html
https://www.sandramaunac.com/fr/projets/dakar-corps-a-corps/
https://www.africanphotographynetwork.org/elise-fitte-duval
https://www.facebook.com/ker.thiossane/posts/2085279318161039/
https://www.manege-reims.eu/les-artistes/faustin-linyekula-studios-kabako
https://www.au-senegal.com/IMG/article_PDF/Corps-et-ames-a-la-Galerie-Atiss,2739.pdf
https://www.youtube.com/watch?v=G7fUzq3RRbg&t=819s.

Dis-Augmentation

Élise Fitte-Duval
Artist photographer
@elisefitteduval
elisefitteduval.com

How to cite this paper:
Fitte-Duval, E. (2022). Dis-Augmentation.
Global Africa, (2), pp. 16-17.
https://doi.org/10.57832/3mzp-4z08

The Dis-augmentation series by the artist photographer Elise Fitte-Duval constitutes the iconographic thread that runs through this issue.

The body is my starting point for thinking about our relationship with the living. I try to approach social realities through the marks they leave on the body, as a subjective experience that is part of the construction of our world. I try to deal with the idea that the space we occupy, in which we circulate, permanently interacts with our bodies in movement. The body, the point of contact between humans and the world, is halfway between the interiority and exteriority that it encompasses. Thus, it is the fundamental place of an encounter, the one that humans have at every moment with others and the universe. When I cannot photograph other people, I turn to my immediate environment, the city. I am therefore a body in relation that photographs the living. If "the Black body" is the first theatre of operations, then I am in line with the artistic preoccupations of the Caribbean world that forged me: being and place, the body (from the point of view of the reconstruction of its image, but also the body as narrative medium). Why the city and the body? Because, as the philosopher Denetem Touam Bona says: "There is an intimate relationship between the way a society treats its living environments and what it does with its dreams". Dakar is a fascinating, bubbling, but also frightening city, an expression of where our modernity is leading us. The urban boom in Dakar is the very

symbol of the total commodification of life and the homogenisation of lifestyles. Our human activity, destructive in the name of capitalist development, concerns me. According to Henri Laborit, urbanisation strengthens the capacity to increase profit and consolidate socio-economic structures. The city is an environment that is essentially conducive to the production, promotion and distribution of consumer goods, under the guise of the myth of satisfying needs and providing access to happiness for all. It is a form of alienation that leads to a flight into the future. Based on this definition, I try to find in the image, with the body, a poetics associated with spatiality.

Born in Martinique, Élise Fitte-Duval has been living and working in Senegal for the past twenty years. She graduated from the École d'arts plastiques de la Martinique in 1989 and from the École nationale supérieure des arts décoratifs de Paris with a specialisation in photography in 1996.

She pursues a photographic research of narrative forms in which she explores the human, the social and the urban. She was awarded the Casa Africa prize for a woman photographer at the Rencontres photographiques de Bamako 2011. Until 2018, Élise Fitte-Duval was the photography editor at PANAPRESS, a pan-African press agency, based in Dakar.

Links :

https://www.geantesinvisibles.com
https://www.fondation-clement.org/decouvrir-les-expositions/exposition-collectivevisionsarchipeliques
https://aica-sc.net/2016/10/21/elise-fitte-duval-la-photographie-comme-document/
https://aica-sc.net/2016/10/21/elise-fitte-duval-la-photographie-comme-document/
http://dakar-bamako-photo.eu/fr/fitte-duval-biographie. html
https://www.sandramaunac.com/fr/projets/dakar-corps-a-corps/
https://www.africanphotographynetwork.org/elise-fitte-duval
https://www.facebook.com/ker.thiossane/posts/2085279318161039/
https://www.manege-reims.eu/les-artistes/faustin-linyekula-studios-kabako
https://www.au-senegal.com/IMG/article_PDF/Corps-et-ames-a-la-Galerie-Atiss,2739.pdf
https://www.youtube.com/watch?v=G7fUzq3RRbg&t=819s.

Désaugmentation

(Élise Fitte-Duval) إليز فيتي دوفال

فنان مصور
@elisefitteduval
elisefitteduval.com

سلسلة Désaugmentation للفنان المصور إليز فيتي دوفال (Élise Fitte-Duval) تشكل الخيط الأيقوني الذي تصفح هذا الرقم.

أنا إذن جسد في علاقة بمحيطي وأشكّل صورة عن الكائن الحيّ. فإذا كان هو المجال الأوّل للعمليّات المسرحة، فأنا حينئذ أجد" الجسد الأسود" نفسي أتّخذ الخطّ المستقيم الذي يقودني إلى الانشغالات الفنّية في جزر الكاراييب]في أمريكا الوسطى[التي خلقت منّي ما أنا عليه اليوم، فأهتمّ هكذا بالعلاقة بين الكائن والمكان، أي الجسد)لا فقط من منطلق إعادة تعريف الصورة التي ينتجها المتخيّل له وإنّما كذلك باعتبار الجسد ناقلة(. سرديةّ لماذا ننشغل بالجسد والمدينة؟ لأنّه كما يقول الفيلسوف دينتام توام بونا (Denetem Touam Bona) : « تُوجد دائما صلة حميمة بين الطريقة التي يتعامل بها مجتمع مع محيطه في مظاهره المختلفة وما يفعله بأحلامه ». إنّ مدينة داكار مدينة مذهلة وتعجّ بالخلق، ولكنّها مخيفة تماما مثلما هو عليه الاتجاه الذي تقودنا إليه حداثتنا. فالازدهار الذي تعيشه داكار هو رمز لتحويل الكائن الحيّ إلى بضاعة ووضع أ نماط الوجود المختلفة في قالب واحد. فما يشغلني فيها هو

How to cite this paper:
إ. فيتي دوفال. (2022). Désaugmentation.
Global Africa, 2, 18-19.

نشاطنا الإنساني المدمّر الذي يتمّ تحت يافطة التطوّر الرأسمالي. يرى هنري لابريت (Henri Laborit) أنّ التوسّع الحضري يقوّي من القدرة على تنمية الربح المالي وتمتين البنية الاقتصاديّة الاجتماعيّة. إنّ المدينة تمثّل البيئة الأساسيّة المناسبة لإنتاج المواد المعدّة للاستهلاك والترويـج لها وتوزيعها بإدعاء الرغبة في تلبية حاجات الناس وتمكين الجميع من تحصيل السعادة. وهذا شكل من أشكال الاغتراب الذي لا يقود إلّا للهروب إلى الأمام والإفلات من مواجهة الواقع. ومن هنا أحاول أن أجد في الصورة [المتخيّل الذهني] بمعيّة الجسد إنشائية متعلّقة بالمكانيّة.

الفنانة المولودة في المارتينيك ، إليز فيت دوفال (Élise Fitte-Duval) تعيش وتعمل في السنغال منذ عشرين عامًا. تخرجت من مدرسة الفنون التشكيلية في مارتينيك عام ١٩٨٩ ومن المدرسة الوطنية للفنون الزخرفية في باريس في تخصص التصوير الفوتوغرافي عام ١٩٩٦.

تقوم ببحث فوتوغرافي في شكل سردي تستكشف فيه الإنسان ، الاجتماعي والحضري. حصلت على جائزة كاسا أفريكا (Casa Africa) للمصورة في اجتماعات باماكو للتصوير الفوتوغرافي لعام ٢٠١١. حتى عام ٢٠١٨ ، كانت إليز فيتي دوفال محررة مصورة في وكالة أنباء عموم إفريقيا (بانابريس / PANAPRESS) ومقرها داكار.

روابط

https://www.geantesinvisibles.com
https://www.fondation-clement.org/decouvrir-les-expositions/exposition-collective-visions-archipeliques
https://aica-sc.net/2016/10/21/elise-fitte-duval-la-photographie-comme-document/
https://aica-sc.net/2016/10/21/elise-fitte-duval-la-photographie-comme-document/
http://dakar-bamako-photo.eu/fr/fitte-duval-biographie.html
https://www.sandramaunac.com/fr/projets/dakar-corps-a-corps/
https://www.africanphotographynetwork.org/elise-fitte-duval
https://www.facebook.com/ker.thiossane/posts/2085279318161039/
https://www.manege-reims.eu/les-artistes/faustin-linyekula-studios-kabako
https://www.au-senegal.com/IMG/article_PDF/Corps-et-ames-a-la-Galerie-Atiss,2739.pdf
https://www.youtube.com/watch?v=G7fUzq3RRbg&t=819s



@Elise Fitte-Duval, « Série Dés-augmentation », réalisée dans le quartier Ouakam de Dakar, 2021.

L'Afrique et le monde à l'heure virale : donner vie au virus et faire vivre la viralité

Frédéric Le Marcis
Professeur d'anthropologie sociale
Départ. des sciences sociales de l'Ecole normale supérieure de Lyon, IRD / UMI 233 TransVIHMI
frederic.lemarcis@ens-lyon.fr

Noémi Tousignant
Anthropologue et historienne des sciences et de la santé publique
DEST, Faculté des mathématiques et des sciences physiques, London's Global University, UK,
n.tousignant@ucl.ac.uk

Josiane Carine Tantchou
Anthropologue, chargée de recherche au CNRS
Unité mixte de recherche Les Afriques dans le Monde (LAM)
josiane-carine.tantchou@cnrs.fr

How to cite this paper:
Le Marcis, F., Tousignant, N., Tantchou, J.C., (2022). L'Afrique et le monde à l'heure virale : donner vie au virus et faire vivre la viralité. *Global Africa*, (2), pp. 21-29.
https://doi.org/10.57832/17rvnt44

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

À la fin de l'année 2019, le nouveau coronavirus (Sars-Cov-2) s'est rapidement propagé, mettant en exergue la densité planétaire des réseaux de mobilité humaine et informationnelle. Il s'est « associé » (Latour, 2020) de manière très différente, selon les pays, quartiers ou foyers, à des dispositifs de détection, de prise en charge et de contrôle, mais aussi à des marchés du travail et de denrées « essentiels », ou à des relations, formelles ou familiales, d'échange, d'obligation et de *care*. Le virus est, d'un point de vue biologique, une entité liminaire et relationnelle, viable, mais non vivante hors des cellules d'un autre organisme.

Il « prend vie » non par l'attaque virale, mais lorsque son hôte entre en relation avec lui (Napier, 2012 ; Brives, 2020), ce qui conduit à la question de savoir comment on fait vivre le virus et la viralité. La question du virus appelle une réflexion multidimensionnelle et selon plusieurs échelles. Elle est à la fois biosociale et écosociale. Biosociale, elle évoque les relations spatiales et sociales de la transmission virale et celles qui donnent « virulence » à l'infection (Lowe, 2017). Écosociale, elle invite à penser également les relations entre espèces et habitats qui pourraient faire « émerger » de nouveaux virus, elles-mêmes indissociables des économies extractives globales. La question du virus appelle aussi une réflexion épistémologique – par quels modes de savoirs et de détection fait-on entrer le virus dans les relations sociales et politiques – reconfigurant ainsi des modalités antérieures d'incorporation et de gestion de la maladie, et une réflexion socioculturelle – la viralité que l'on fait vivre par les récits sur les agents pathogènes et les éclosions épidémiques (Wald, 2008 ; Quammen, 2015), ainsi que par les métaphores (les virus informatiques, mais aussi les migrants et les étrangers comme vecteurs viraux).

Le continent africain a ainsi longtemps été pensé comme terrain de latence et d'émergence virale (Auray & Keck, 2015). L'expérience planétaire de la pandémie de Covid-19 nous invite à repenser l'Afrique dans le monde, et le monde à partir de l'Afrique. Longtemps pensée comme une menace virale – origine du VIH et des virus hémorragiques – occupant une place dominante dans l'imaginaire bio-sécuritaire néolibéral (Cooper, 2008 ; Wald, 2008), mais aussi origine de virus futurs toujours inconnus (Lachenal, 2015) et bien avant, dans l'imaginaire colonial de la vulnérabilité « blanche » (Anderson, 1996) et de la dépopulation du continent (Dozon, 1985), la viralité de l'Afrique peut-elle être réfléchie autrement ? La cartographie dessinée actuellement par un accès inégal aux vaccins (et son corollaire de restriction de déplacements) fait également écho aux tentatives d'empêcher l'immigration clandestine, ce qui permet de questionner la nouveauté de ce phénomène de contrôle des populations...

En renversant l'approche du virus, non pas comme menace autonome, mais comme objet dont on doit « négocier » la vie et la pathogénicité, ce numéro invite à penser la viralité à partir de l'Afrique globale. L'approche est pluridisciplinaire. Il s'agit d'appréhender le virus non seulement comme réalité biologique, mais aussi comme objet d'informations qui circulent à son sujet ou comme lieu d'enjeux qui cristallisent la relation de l'Afrique au monde du point de vue de la construction du risque, des mobilités, de la gestion des ressources naturelles, de la production des savoirs ou encore des inégalités des conditions de vie et des politiques de prévention et de soins. Dans ce numéro spécial, à partir de l'Afrique et de l'objet virus, nous souhaitons penser notre rapport au vivant et au(x) monde(s) et les enjeux qu'il implique à partir des grandes thématiques esquissées ci-dessous.

L'Afrique, « terre de virus »

Viralité et Afrique sont deux notions consubstantielles dans l'imaginaire occidental. Dès les premières interactions avec les explorateurs et administrateurs coloniaux, l'Afrique apparaît comme le pays des fièvres (qu'elles soient virales ou pas) et donc comme le tombeau de l'homme blanc (Dozon, 1995). Les Africains vecteurs de fièvre jaune (Pam, 2018), mais aussi de maladies non virales comme le paludisme, la trypanosomiase humaine africaine et la peste étaient représentés comme « réservoirs à virus » justifiant la ségrégation raciale des villes (M'Bokolo, 1982) ainsi que des campagnes militarisées de dépistage, traitement, prophylaxie et déplacement des populations (Lachenal, 2015).

On a expérimenté, sur des corps africains, de nouveaux vaccins viraux dont celui contre la fièvre jaune – développé au Sénégal et au Nigéria (Velmet, 2020) – et l'hépatite B (Moulin, et al., 2018), ainsi que les premières campagnes de masse de vaccination antivariolique et contre la rougeole (Reinhardt, 2015). Alors que l'expérimentation vaccinale continue (Moulin, 1996 ; Couderc, 2011 ; Thiongane, 2013), le continent est aussi accusé de « résister » à l'éradication de la polio (Yahya, 2007). La connaissance de l'épidémie du VIH y fait des progrès importants, tant du point de vue biologique que socio-historique (Fassin, 2006 ; Nguyen, 2010 ; Pépin, 2011) ; le VIH2 est décrit pour la première fois à Dakar par une équipe dirigée par le Pr Mboup grâce à une cohorte de travailleuses du sexe constituée dans l'héritage législatif colonial (Gilbert, 2013).

On doit cependant reconnaître que les sciences sociales et biomédicales « découvrent » le plus souvent des réalités que les populations connaissent depuis longtemps : inégalité de l'exposition au risque, accès aux ressources – faute de vaccination ou de traitement, la rougeole et le paludisme tuent en Afrique plus qu'ailleurs – ou expérience de la négociation ordinaire avec les virus et autres pathogènes (Hayden, 2008 ; Richards, 2016). Il importe ainsi de faire émerger des théories du Sud (Comaroff & Comaroff, 2012) et de décloisonner une pensée par trop « virale » – parce que sous-tendue par des enjeux de sécurité sanitaire imposés de manière hégémonique par le Nord – pour penser la santé de manière holiste (Livingstone, 2005, 2013) ou encore interroger le virus comme révélateur de relations complexes et dynamiques entre corps, espèces, savoirs et soins, en sorte de penser des « biologies locales » (Lock, 2017) dans des contextes sociohistoriques précis.

Les textes offerts à la lecture posent tous en filigrane la question de l'agenda de la santé globale – souvent conçue ailleurs, mais lourde de conséquences pour ce qui se sait et se fait sur le continent – mais aussi de sa remise en question et de ses subtiles ou radicales transformations par des acteurs africains. « Observés » ethnographiquement ou se prononçant lors d'entretiens, experts, soignants et

malades posent la question de ce qui compte vraiment sur et pour le continent (Kleinman, 2006), et la manière dont la recherche et l'action en santé peuvent être véritablement africaines dans l'arène de la santé globale. L'injonction à vacciner « la planète » contre un virus pandémique, Sars-Cov-2, a mis en relief la position de l'Afrique et des Africains vis-à-vis de la distribution inégale des bien médicaux et des capacités à les produire.

Mais les rapports de pouvoir à l'échelle globale sont également révélés par les contraintes ayant entouré l'approvisionnement de l'Afrique en vaccins, notamment ceux devant être utilisés d'urgence – pour des raisons matérielles ou politiques – comme nous le rappelle Abdoulaye Touré, sans véritable débat ou décision sur les conditions, fondements et objectifs de cette vaccination, ou encore sa place parmi d'autres priorités de santé telles que le maintien des activités de routine du Programme élargi de vaccination (PEV), les décès maternels, « l'épidémie » silencieuse de maladies non transmissibles (comme le diabète, les maladies cardio-vasculaires).

Les revendications et rejets « populaires » du vaccin contre la Covid – objet d'« anxiétés vaccinales » – sont aussi, en Afrique, ancrés dans des dynamiques de pouvoir à multiples échelles, parmi lesquelles les relations à l'État et entre les États, qui conditionnent leur distribution (Leach et al., 2022). Une question se pose sur la gestion du temps long, puisque des programmes de suivi des mutations génétiques du Sars-Cov-2 sur le continent africain sont mis en place alors que l'accès aux vaccins – pourtant produits à partir de cette surveillance – n'y est pas encore garanti.

Questionner l'anthropocène

À partir du Wuhan, la Covid-19 s'est imposée à l'échelle planétaire. Les pays du Nord ont découvert qu'ils étaient vulnérables aux virus et qu'il fallait sérieusement anticiper les menaces à venir. Sur la base d'extrapolation à partir de 380 nouveaux virus identifiés chez les chauves-souris, le programme Predict (Reducing Pandemic Risk, Promoting Global Health) a estimé entre 360 000 et 460 000 le nombre de nouvelles espèces de virus biologiques à découvrir. La pression sur les écosystèmes pour diverses activités intensives d'extraction ou de production interfère avec les cycles naturels de micro-organismes, enzootiques ou sylvatiques, qui, pour certains, n'ont que peu, voire jamais, été exposés aux humains. En bouleversant les écosystèmes, en particulier forestiers, les communautés humaines courent le risque d'un contact avec les pathogènes des espèces animales qui y vivent. Selon Jean-François Guégan, la destruction à grande échelle des forêts à travers le monde, notamment en Afrique, entraîne une cohabitation accrue entre les animaux sauvages, les animaux d'élevage et l'être humain ; ou, pour le dire autrement, les « humains se sont rapprochés des microbes » et des virus engendrant un éveil de cycles microbiens naturels peu ou jamais exposés aux humains (Guégan et al., 2018 ; Guégan, 2020). Ainsi, les forêts tropicales et équatoriales, bouleversées par l'activité humaine, constituent de futures bombes biologiques invitant à s'inscrire aujourd'hui dans une approche One health.

Mais le virus ne relève plus du vivant uniquement et ne porte plus seulement atteinte à l'intégrité des corps, il attaque les dispositifs techniques et technologiques, s'immisce dans les modes de traitement, transmission et sauvegarde des informations, y compris les données personnelles… Vivant ou non vivant, surgissant de manière souvent inattendue, il s'impose et doit être pris en compte.

Le néologisme « anthropocène » s'est imposé pour signifier la capacité de l'humanité, par ses activités, à supplanter les facteurs naturels et modifier la trajectoire de l'écosystème. Comme le souligne Michel Magny, si l'impact de l'activité humaine sur les milieux naturels atteint effectivement une ampleur sans précédent, qui fait aujourd'hui la singularité de l'époque anthropocène, ses racines nous interrogent sur notre espèce et ses relations avec les autres vivants, dont les virus (Magny, 2021). Tout en reconnaissant l'impact de l'anthropocène, on pourrait adopter une approche plus critique. Faut-il ainsi accepter le discours de la pression humaine alors qu'en République de Guinée, les travaux de James Fairhead et Melissa Leach (1995a, 1995b) montrent que, depuis les années 2000, la population peuplant la forêt a diminué (notamment en raison de l'insécurité liée aux incursions rebelles venues de Sierra Leone) ? Que Jacques Pépin (2011) a bien montré, en prenant l'exemple du VIH, que la circulation du virus

était moins liée à l'exploitation de la forêt en tant que telle qu'aux politiques coloniales urbaines (ségrégation) et sanitaires ? Et qu'enfin les récentes épidémies d'Ébola (République démocratique du Congo et Guinée) ne sont pas zoonotiques, mais d'origine humaine (Keita et al.,) ?

La notion de « capitalocène » proposée par Jason Moore permet d'aller plus loin encore en soulignant l'importance des logiques extractivistes, des rapports inégaux et de l'accumulation – à la fois capitaliste et colonisatrice – qui caractérise, en même temps, la relation à l'environnement « naturel » et entre les humains (Moore, 2017, 2018). Selon cette conception, l'écologie est toujours économique et politique.

Outre les réflexions philosophiques sur les multiples fronts que dessine l'anthropocène – réchauffement du climat, réduction de la biodiversité, pollution généralisée de l'environnement, emprise extensive des humains sur les écosystèmes et, pression démographique – en termes de menace virale et son anticipation sur le continent africain, ce numéro spécial a voulu accueillir des articles documentant, à travers des études de cas, la biographie et la trajectoire – et leurs représentations – de zoonoses ou de virus spécifiques, d'animaux, vers les humains, de la forêt vers la ville.

Circulations

En effet, outre la déforestation, qui engendre des circulations de micro-organismes entre espèces, l'accroissement de la population urbaine et de la taille des villes dans les régions intertropicales expose à des dangers microbiologiques nouveaux, plus importants et plus fréquents. Ces villes abritent également les populations démunies les plus vulnérables à la menace virale (Guégan, 2020). Selon l'Organisation des Nations unies (ONU), 2,5 milliards de personnes supplémentaires vivront dans les zones urbaines d'ici 2050. Or, au Nord, plusieurs travaux établissent un lien entre les risques sanitaires, le bien-être, la santé mentale et l'aménagement des villes. L'urbanisation anarchique et non contrôlée des villes africaines provoque des problèmes d'insécurité et de violence, d'inégalités (environnementales ou sanitaires), d'assainissement et de pollution atmosphérique, et joue un rôle dans l'incidence des maladies transmissibles et non transmissibles (Mboumba, 2007 ; Barry, 2014 ; AFD, 2015 ; Fourchard, 2018 ; Ongo Nkoa & Song, 2019). L'environnement des (bidon)villes en Afrique est ainsi perçu comme un terreau d'inventivité et de créativité (Louveau, 2013 ; Mbade Sène, 2018) en même temps qu'un couvoir d'épidémies virales du fait de la promiscuité et de la densité des populations, de malaise et de mal-être (Giulia, 2021).

Autour de l'objet virus, il faudrait aussi interroger la circulation des virus, des menaces virales, la transmission/contagion, mais aussi la prévention et l'anticipation du risque d'épidémies à travers l'usage de l'intelligence artificielle pour envisager les possibles, l'analyse de cartes interactives pour suivre et documenter la trajectoire de la menace et son emprise, la mise en place de rituels ou de diverses techniques du corps pour se protéger, etc. Elle interroge la circulation du vivant sous ses différentes formes et par différents médiums à l'échelle globale, ainsi que la fabrication des micro-organismes virulents ou atténués in situ ou dans des laboratoires, à des fins de prévention ou de (bio) terrorisme. Ainsi, si la récente pandémie de Covid-19 nous a révélé notre « socle biologique commun insensible à toute condition sociale et toute appartenance culturelle » (Garapon, 2020) ; les inégalités infrastructurelles et la fracture numérique persistent. D'ailleurs, la thèse d'un accident de laboratoire devient de plus en plus sérieuse pour expliquer l'origine de l'épidémie.

L'absence de contribution portant sur les travaux menés au laboratoire et sur les diagnostics doit être soulignée. Les approches relevant des Science & Technology Studies (STS) sont encore très timides (Dumoulin Kervran et al., 2018) sur le continent et, lorsqu'elles sont avancées, c'est le fait le plus souvent de chercheurs du Nord (Peterson, 2014 ; Tousignant, 2018). Le développement rapide de centres de recherche sur le continent permettra aux chercheurs de s'en saisir comme objet sociologique.

Régimes d'exception, protestations

La menace virale, quand elle passe du risque à une réalité épidémique dans une configuration spatio-temporelle spécifique, vient souvent révéler ou donne à voir des processus de violence structurelle, de racisme ou d'apartheid incorporés (Fassin, 2004 ; Farmer, 2005). Mettant à nu des crises antérieures, des ressentiments accumulés (Garapon, 2020), la présence ou l'effet viral peut être envisagé comme une réminiscence : les corps se souviennent (Fassin, 2006). Les réponses peuvent alors être lues comme des « moments d'exception » pouvant durer, marquées ici ou là par une « suspension de temps ou de légalité propre à chaque domaine », ou de « prescription médicale généralisée » à l'ensemble d'une population (Garapon, 2020), renforçant le pouvoir des régimes autoritaires et les nationalismes, avec des risques de protestations ou d'opposition forte lorsque surviennent des « moments de vérité » à la suite des « moments d'exception » (Garapon, 2020). On peut alors organiser des frontières physiques ou symboliques entre les populations, reléguant certains groupes à la marge ou à la périphérie par des stratégies diverses : enfermer ou tuer des porteurs potentiellement dangereux pour préserver, protéger les corps sains, encercler, contenir l'épidémie pour la juguler comme on l'a vu à l'époque coloniale (Lyons, 1985, 1992) ou pendant les récentes épidémies (VIH, Ébola, etc.). De même, la marginalisation, la relégation peuvent conduire à des manifestations de protestations prenant la forme de revendications pour des formes de citoyenneté spécifiques : citoyenneté thérapeutique, écocitoyenneté, citoyenneté mondiale ou globale, etc. Nous avons voulu proposer des textes analysant les moments et régimes d'exception mis en place dans le contexte africain pour faire face à la menace virale ou à l'épidémie, de même que les protestations qu'elles ont engendrées. Ce numéro spécial introduit ainsi des réflexions sur les inégalités et les formes de marginalités que dévoile l'objet virus quand il s'attaque aux espèces, les formes de stigmatisations, de protestations qui émergent dans le sillage de la gestion des risques de contamination pendant les moments d'exception.

Virus, géopolitique, production des savoirs

Le virus interroge la production, la circulation des savoirs, de l'information, des dispositifs techniques et technologiques, ainsi que la capacité des États à faire face à la menace virale (biologique ou informatique) ou à l'épidémie, qu'il s'agisse de l'accès aux molécules, la sécurisation des frontières, la sécurité informatique, l'hébergement ou la protection des données personnelles dans une datasphère vulnérable aux cyberattaques, etc. L'objet virus, quand il s'applique à ces domaines, pourrait fournir d'autres grilles de lecture de la géopolitique à partir du continent africain où, sur fond d'aide humanitaire, politiques de santé, etc., les pays du Nord déploient différentes stratégies pour accéder aux corps afin de mener des essais thérapeutiques (Petryna, 2009), avoir accès aux écosystèmes, à la faune, etc. On assiste alors à une forme de colonisation, non plus des corps humains, mais du vivant, des matières et matériaux à fort potentiel économique ou épidémique, qui pourraient devenir la base d'une guerre virtuelle ou d'une attaque bioterroriste. Ainsi, l'Afrique pourrait être pensée comme un terrain d'affrontements réels, possibles ou virtuels, autour de la circulation du vivant intra et inter-espèces, de la prévention et de l'anticipation de la menace virale et épidémique à l'échelle globale.

Ce numéro accueille des contributions qui analysent, sur la base de données empiriques et d'études de cas solides, la manière dont l'objet virus redessine la géopolitique à partir de l'Afrique, tout en créant un continent évoluant à différentes vitesses (Brown et al., 2012). Enfin, les virus nous invitent à interroger la mort et la « vie » biologique, ainsi que les états intermédiaires, lorsque le virus n'est pas mort, mais reste inactif et que la vie biologique et sociale se déroule dans un registre de normalité, au moins en apparence. Elle invite à interroger les représentations et les sens donnés à l'irruption soudaine d'un virus, notamment sur la mort et la mortalité massive qu'il peut engendrer dans un contexte où les usages numériques sont tracés en temps réel (déplacements, interactions) pour des fins de marketing, de surveillance, de contrôle, de répression, de sanction (Sadin, 2015, 2016 ; Douzet, 2020) ou de prévention (mise à l'écart en attente d'un test négatif ou positif).

Désenclaver l'Afrique

La vie des virus et leurs atteintes aux corps biologiques et sociaux divergent au Nord et au Sud : face aux virus, nous ne sommes pas égaux. Les moyens de prévention tout comme ceux permettant de répondre à la contagion obéissent à des logiques spécifiques aux contextes et sont inégalement répartis. Ainsi, quand bien même un événement épidémique s'imposerait à l'échelle planétaire, les contraintes imposées aux déplacements, aux interactions, l'hyper circulation d'informations (« infodémie »), mais aussi la vitesse avec laquelle les industries pharmaceutiques peuvent produire des molécules dévoilent la géographie des inégalités. En conséquence, si nous vivons tous avec des virus, les termes de la négociation avec ces derniers varient en fonction de facteurs géographiques, technologiques, économiques. La notion de « local biologies » (Lock & Kaufert, 2001) a rappelé utilement en quoi le corps était, au-delà de la biologie, le produit de l'histoire et du contexte économique et social. De ce fait, notre rapport au virus est forcément local. Ce local est cependant lui-même travaillé par des paradigmes instables (Giles-Vernick & Webb, 2013). Au cours des deux dernières décennies, nous sommes passés d'une approche de la santé internationale qui s'est voulue globale – global health – à une approche qui se veut désormais intégrée One health. Cela n'empêche pas la mise en place de formes de réponses hégémoniques, autoritaires souvent violentes. Dans ce contexte, l'Afrique est souvent pensée comme le siège de la menace virale à contenir. Comme mentionné plus haut, de la trypanosomiase humaine africaine au paludisme, du sida à Ébola, l'Afrique est toujours apparue comme une terre de risques.

Avec la Covid-19, les représentations ont semblé s'inverser dans un premier temps : pendant quelques mois, l'Occident a été une menace pour l'Afrique. Toutefois, l'absence de capacité vaccinale vient de nouveau installer le continent comme siège de menaces virales. Dans ce numéro spécial, nous souhaitons penser la longue durée du rapport entre l'Afrique et les virus eu égard à d'autres expériences, mais également analyser le regard que porte l'Occident sur le continent. Dépassant l'objet biologique virus, il nous faut aussi nous interroger sur la viralité des représentations qui circulent sur le continent africain – autrefois pensé comme le « tombeau de l'homme blanc » (Dozon, 1995) – et sur le continent européen, qui apparaît non plus en tant qu'eldorado, mais comme « tombeau de l'homme noir » du fait de différentes stratégies relevant de la « nécropolitique » (Mbembe, 2006).

L'appel à contributions a été diffusé au moment où les populations, à l'échelle du continent, étaient confrontées à des mesures sévères, imposées parfois dans le cadre d'un « état d'urgence » sanitaire lié à la pandémie de Covid-19. Il n'est donc pas surprenant que celle-ci soit au cœur de la majorité des contributions, abordant la thématique des « circulations », des « régimes d'exception, de protestation », de la «production des savoirs», etc., à partir de différents angles, tous originaux. Ainsi, George Rouamba et ses coauteurs mettent en évidence une reconfiguration des rapports de citoyenneté à partir de l'analyse des représentations de la Covid-19 chez des commerçants au Burkina Faso qui va aboutir à une banalisation de la pathologie sur les marchés et des résistances aux mesures barrières. Mohammed Farès note également les résistances et contestations aux mesures barrières en Tunisie en illustrant comment la résistance sert de prétexte à des revendications de liberté, de dignité et d'emploi. À celles-ci, le contexte pandémique a conduit certains citoyens à demander l'égalité des soins médicaux et des interventions écologiques (notamment la désinfection des espaces publics pour lutter contre la propagation du virus), mais aussi l'invalidation de la carte administrative, et en particulier la notion de « chef-lieu », qui consacre la prééminence de certaines régions par rapport à d'autres. Gassim Sylla mobilise pour sa part des données ethnographiques collectées en Guinée pour dévoiler les représentations instables de la Covid-19, les décalages entre les mesures sanitaires et les conditions de vie des acteurs sociaux. Son texte souligne l'inapplicabilité de mesures de prévention et la négation des réalités dans lesquelles vivent les populations. Dès lors se pose la question des logiques d'affichage de ces mesures. Les politiques de distanciation sociale ou de confinement étant inapplicables, et donc le plus souvent inappliquées, leur maintien doit-il être compris – à l'instar des appels à la vaccination complète de la population – comme une mise en scène pour un public hors du continent, mais avec un coût élevé pour les populations ?

La contribution de Sylvie Ayimpam et Jacky Bouju étaye ce point de vue à partir de la République démocratique du Congo. Ces deux auteurs mettent à mal une gouvernance chaotique contribuant au déni du risque, un état d'urgence aboutissant à l'effet inverse de celui escompté, un « paradoxe

dramatique » qui serait selon eux la conséquence d'une gouvernance « nécropolitique » autoritaire. Approchant ce paradoxe d'un autre point de vue et à partir du contexte de la Guinée, Fanny Attas suggère de dépasser les analyses mettant l'accent sur les dysfonctionnements et les défaillances pour approcher les différents répertoires ontologiques mobilisés par les acteurs au sein de différentes chorégraphies qu'il s'agit alors de décrypter. Ce décryptage peut être considéré comme une manière de repenser autrement la production de savoirs sur l'Afrique à partir de l'Afrique, et indirectement la place de l'Afrique dans les imaginaires, y compris scientifiques. C'est, dans une certaine mesure, le projet entrepris par Éboko et ses coauteurs à propos de l'expansion de l'épidémie de Covid-19 en Afrique, qui partent de l'analyse des hypothèses scientifiques qui seront invalidées par les faits. Les auteurs opposent aux « fausses pistes » les résultats de recherches sur le climat, qu'ils considèrent comme « un des rares domaines à survivre aux déterminants de la Covid-19 en Afrique, que les intuitions fondées sur les passifs et le passé des pandémies ont proposé tous azimuts ».

Pour prolonger cette réflexion sur la place de l'Afrique dans les imaginaires et les productions scientifiques, les rubriques, Champ, Contre-champ et Redécouverte font intervenir trois acteurs de la santé internationale sur le continent africain, qui, à partir des retours sur la « fabrique des ripostes » face aux épidémies ou la production des savoirs, mettent en exergue les victoires, les défis et les difficultés d'une science sur le Sud produite dans les Suds, en d'autres termes la décolonisation de la production des savoirs et de l'expertise. Les exemples donnés par le professeur Ibrahima Socé Fall montrent, entre autres, que les interventions de santé en contexte épidémique sont, d'une certaine façon, décolonisées, et qu'il convient aux acteurs africains de davantage valoriser cette « décolonisation », car « personne ne viendra le faire à leur place ».

Si les pratiques et les interventions en situation d'urgence peuvent être dirigées à partir des Suds pour les Suds, la production des savoirs depuis l'énoncé des objets et priorités de recherche restent dominés par des intérêts étrangers au continent. Le Pr Abdoulaye Touré relève que la recherche tarde à devenir africaine, car elle reste dépendante de financements extérieurs associés à des agendas souvent opaques, orientés vers des priorités qui ne coïncident pas toujours avec les enjeux locaux et que cette situation aboutit à une forme de « défiguration » des agendas et pratiques de recherche. Adama Aly Pam apporte quelques éléments pour comprendre cet enracinement de la dépendance des pays africains et la décolonisation difficile de la production des savoirs en revisitant l'histoire institutionnelle de l'implantation de la médecine en Afrique de l'Ouest, et au Sénégal en particulier, ses pratiques et le rôle des french doctors dans la naissance, le cheminement et la diffusion des savoirs de la médecine tropicale dans l'espace colonial français en Afrique.

Si les sciences résistent à la décolonisation, les arts plastiques quant à eux offrent une ouverture féconde pour penser et décoloniser savoirs et corps en les articulant aux mondes urbains. Dans la rubrique « Le fil iconographique », à partir du corps en tant que « point de contact entre l'homme et le monde », Élise Fitte-Duval aborde la question de la « désaugmentation » et de l'aliénation. Sa réflexion s'articule à celle de Yasmine Belhadi, historienne de l'art, qui montre que les œuvres de l'artiste franco-gabonaise Myriam Mihindou – en particulier la vidéo La Robe envolée (2008) et la série photographique Déchoucaj' (2004-2006) – peuvent être envisagées comme des moyens de guérir de blessures individuelles et collectives, comme des espaces de désaliénation. De cette façon, Myriam Mihindou produit une « esthétique du care » décoloniale, dont la mise en œuvre est « un acte politique au potentiel critique et thérapeutique ».

Bibliographie

AFD. (2015). Cadre d'intervention : santé et protection sociale 2015-2019, *AFD*.

Anderson, W. (1996). Immunities of empire: Race, disease, and the new tropical medicine, 1900–1920. *Bulletin of the History of Medicine*, *70*(1), 94-118.

Auray, N., & Keck, F. (2015). *Virus* . Association Terrain, (No. 64, pp. 4-13) URL : http://terrain.revues.org/15561.

Barry, A. (2014). Version féminine du malaise juvénile dans les villes africaines. Réflexions cliniques et anthropologiques autour d'un nouveau «phénomène social 1». *Essaim*, *2*(33), 91-105.

Brives, C. (2020). The politics of Amphibiosis: the war against viruses will not take place. *Somatosphère: Science, Medicine, and Anthropology.* http://somatosphere.net/2020/the-politics-of-amphibiosis.html/

Brown, T., Craddock, S., & Ingram, A. (2016). Critical Interventions in Global Health: Governmentality, Risk, and Assemblage. *Annales of the Association of American Geographers*, *102*(5), 1182-1189.

Comaroff, J., & Comaroff, J. L. (2015). *Theory from the South: Or, how Euro-America is Evolving Toward Africa*. Routledge.

COOPER, M. (2008). Life as Surplus: Biotechnology and Capitalism in the Neoliberal Era, Seattle. *University of Washington Press*.

Couderc, M. (2011). *Enjeux et pratiques de la recherche médicale transnationale en Afrique : analyse anthropologique d'un centre de recherche clinique sur le VIH à Dakar (Sénégal)*. Thèse de doctorat, Université Aix-Marseille III, 506 p.

Douzet, F. (2020). Du cyberespace à la datasphère. Enjeux stratégiques de la révolution numérique. *Hérodote*, *2*(177-178), 3-15.

Dozon, J. P. (1985). Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil. *Sciences sociales et santé*, *3*(3), 27-56.

Dozon, J. P. (1995). D'un tombeau à l'autre. *Cahiers d'études africaines*, *XXXI*(1-2, 121-122), 136-157.

Dumoulin Kervran, D., Kleiche-Dray, M., & Quet, M. (2018). Going South. How STS could think science in and with the South?. *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, *1*(1), 280-305.

Fairhead, J., & Leach, M. (1995a). Reading forest history backwards: The interaction of policy and local land use in Guinea's forest-savanna mosaic, 1893-1993. *Environment and History*, *1*(1), 55-91.

Fairhead, J., & Leach, M. (1995b). False forest history, complicit social analysis: rethinking some West African environmental narratives. *World development*, *23*(6), 1023-1035.

Farmer, P. (2004). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor* (Vol. 4). University of California Press.

Fassin, D. (2004). *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*. Karthala.

Fassin, D. (2006). *Quand les corps se souviennent: expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*. La Découverte.

Fourchard, L. (2018). *Trier, exclure et policer. Vies urbaines en Afrique du Sud et au Nigeria*. Sciences Po (Les Presses de).

Garapon, A. (2020). Un moment d'exception. *Esprit*, (5), 87-92.

Gilbert, H. (2013). Re-visioning local biologies: HIV-2 and the pattern of differential valuation in biomedical research. *Medical anthropology*, *32*(4), 343-358.

Giles-Vernick, T., & Webb Jr, J. L. (dirs.). (2013). *Global health in Africa: Historical perspectives on disease control*. Ohio University Press.

Giulia, G. (2021). Bamako war ikna: Kel Tamasheq, Bamako and the politics of wellbeing. *Tantchou, J., Louveau, F., Marc-Éric, G., Bien-être au Nord et au Sud: explorations, Louvain-la-Neuve, Academia*.

Graboyes, M. (2015). *The experiment must continue: Medical research and ethics in East Africa, 1940–2014*. Ohio University Press.

Guégan, J. F. (2020). Virus : quand les activités humaines sèment la pandémie. *The conversation*.

Guégan, J. F., Thoisy, B. D., Ayouba, A., & Cappelle, J. (2018). Forêts tropicales, changements d'usage des sols et risques infectieux émergents.

Hayden, C. E. (2008). *Of medicine and statecraft: Smallpox and early colonial vaccination in French West Africa (Senegal-Guinea)*. Northwestern University.

Keita, A. K., Koundouno, F. R., Faye, M., Düx, A., Hinzmann, J., Diallo, H., ... & Magassouba, N. F. (2021). Resurgence of Ebola virus in 2021 in Guinea suggests a new paradigm for outbreaks. *Nature*, *597*(7877), 539-543. https://doi:10.1038/s41586-021-03901-9

Kleinman, A. (2006). *What really matters: Living a moral life amidst uncertainty and danger*. Oxford University Press.

Lachenal, G., & Geissler, P. W. (2015). Lessons in medical nihilism. Virus hunters, neoliberalism and the AIDS crisis in Cameroon. *Para-states and medical science: Making African global health*, 103-41.

Latour, B. (2020). La crise sanitaire incite à se préparer à la mutation climatique. *Le Monde*, *25 mars*.

Leach, M., MacGregor, H., Akello, G., Babawo, L., Baluku, M., Desclaux, A., & Sow, K. (2022). Vaccine anxieties, vaccine preparedness: perspectives from Africa in a Covid-19 era. *Social science & medicine*, *298*, 114826. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114826

Livingston, J. (2005). *Debility and the moral imagination in Botswana*. Indiana University Press.

Livingston, J. (2013). Cancer in the shadow of the AIDS epidemic in southern Africa. *The oncologist*, *18*(7), 783-786. https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0215.

Lock, M. (2017). Recovering the body. *Annual Review of Anthropology*, *46*, 1-14. https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102116-041253

Lock, M., & Kaufert, P. (2001). Menopause, local biologies, and cultures of aging. *American journal of human biology*, *13*(4), 494-504.

Louveau, F. (2013). Sukyo Mahikari et la quête du bonheur: un mouvement religieux japonais en Afrique de l'Ouest et en France. *Cahier de l'institut Religioscope,* http://religion. info/french/articles/article_632. shtml.

Lowe, C. (2017). Viral ethnography: Metaphors for writing life. *RCC Perspectives*, (1), 91-96.

Lyons, M. (1985). From 'Death Camps' to Cordon Sanitaire: The Development of Sleeping Sickness Policy in the Uele District of the Belgian Congo, 1903–19141. *The Journal of African History*, *26*(1), 69-91.

Lyons, M. (1992). *The colonial disease: a social history of sleeping sickness in northern Zaire, 1900-1940*. Cambridge University Press.

Magny, M. (2021). *L'Anthropocène*. Presses universitaires de France.

Mbembe, A. (2006). Nécropolitique 1. *Raisons politiques*, (1), 29-60.

M'bokolo, E. (1982). Peste et société urbaine à Dakar: l'épidémie de 1914 (The Plague and Urban Society in Dakar: The 1914 Epidemic). *Cahiers d'études africaines*, 13-46.

Mboumba, A. (2007). Gestion urbaine et équité socio-spatiale: les inégalités dans les services de base à Libreville (Gabon). *Espace géographique*, *36*(2), 131-140.

Moore, J. W. (2017). The Capitalocene, Part I: On the nature and origins of our ecological crisis. *The Journal of peasant studies*, *44*(3), 594-630.

Moore, J. W. (2018). The Capitalocene Part II: Accumulation by appropriation and the centrality of unpaid work/energy. *The Journal of Peasant Studies*, *45*(2), 237-279.

Moulin, A. M. (1996). L'aventure de la vaccination, collection Penser la médecine. *Editions Fayard*.

Moulin, A. M. (2014). Quand la terre s' arrondit. L'horizon convergent des épidémies d'Orient et d'Occident. *Extrême-Orient Extrême-Occident*, *37*, 233-240.

Moulin, A. M., Chabrol, F., & Ouvrier, A. (2018). Histoire d'un vaccin pas comme les autres: les premiers pas du vaccin contre l'hépatite B au Sénégal. *Niakhar, Mémoires et perspectives : recherches pluridisciplinaires sur le changement en Afrique, Marseille et Dakar, L'Harmattan et IRD*, 489-510.

Napier, A. D. (2012). Nonself help: How immunology might reframe the enlightenment. *Cultural Anthropology*, *27*(1), 122-137.

Nguyen, V. K. (2010). *The republic of therapy: Triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS*. Duke University Press.

Ongo Nkoa, B. E., & Song, J. S. (2019). Urbanisation et inégalités en Afrique : une étude à partir des indices désagrégés. *Revue d'économie régionale & urbaine*, (3), pp. 447-484.

Packard, R. M. (2016). A history of global health: Interventions into the lives of other peoples. *Baltimore, MD.*

Pam, A. A. (2018). Colonisation et santé au Sénégal, 1816-1960 : crises épidémiques, contrôle social et évolution des idées médicales. *Colonisation et santé au Sénégal, 1816-1960*, 1-264.

Pepin, J. (2011). *The origins of AIDS*. Cambridge University Press.

Peterson, K. (2014). *Speculative markets: Drug circuits and derivative life in Nigeria*. Duke University Press.

Petryna, A. (2009). *When experiments travel: Clinical trials and the global search for human subjects*. Princeton University Press.

Quammen, D. (2012). *Spillover: Animal infections and the next human pandemic*. WW Norton & Company.

Reinhardt, B. H. (2015). *The end of a global pox: America and the eradication of smallpox in the Cold War era*. UNC Press Books.

Richards, P. (2016). *Ebola: How a people's science helped end an epidemic*. Bloomsbury Publishing.

Sadin, E. (2015). *La vie algorithmique. Critique de la raison numérique*. L'échappée.

Sadin, E. (2016). *La silicolonisation du monde : l'irrésistible expansion du libéralisme numérique*. L'échappée.

Sène, A. M. (2018). L'urbanisation de l'Afrique : davantage de bidonvilles ou des villes intelligentes ?. *Population & Avenir*, (4), pp. 14-16.

Thiongane, O. (2013). *Anthropologie de la méningite au Niger. Espaces épidémiques, mobilisations scientifiques et conceptions de la maladie* (Doctoral dissertation, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS)).

Tousignant, N. (2018). *Edges of Exposure: toxicology and the problem of capacity in postcolonial Senegal*. Duke University Press.

Velmet, A. (2020). *Pasteur's empire: Bacteriology and politics in France, its colonies, and the world*. Oxford University Press, USA.

Wald, P. (2008). *Contagious: Cultures, carriers, and the outbreak narrative*. Duke University Press.

Yahya, M. (2007). Polio vaccines—"no thank you!" barriers to polio eradication in Northern Nigeria. *African Affairs*, *106*(423), 185-204.

Africa and the World in Viral Times: Vitalizing viruses Enlivening Virality

Frédéric Le Marcis
Professor of Social Anthropology
Département des sciences sociales de l'Ecole normale supérieure de Lyon, IRD / UMI 233 TransVIHMI
frederic.lemarcis@ens-lyon.fr

Noémi Tousignant
Anthropologist and historian of science and public health
Depart. of Science and Technology Studies, Faculty of Math. and Physical Sc., London's Global University, UK
n.tousignant@ucl.ac.uk

Josiane Carine Tantchou
Anthropologist, research fellow at the CNRS
Joint research Unit Les Afriques dans le Monde (LAM)
josiane-carine.tantchou@cnrs.fr

How to cite this paper:
Le Marcis, F., Tousignant, N., Tantchou, J.C., (2022). Africa and the World in Viral Times: Vitalizing viruses enlivening virality. *Global Africa*, (2), pp. 30-38.
https://doi.org/10.57832/pr6g-ky78

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

By late 2019, the new coronavirus (Sars-Cov-2) had spread far and wide, underscoring the density of global circuits of information, transportation, migration, and trade. At the same time, the virus has 'associated' (Latour, 2020) in very different ways – across nations, neighbourhoods and homes – with varying systems of detection, treatment and control, with uneven markets for "essential" labour and goods, and with singular relations, both formal and familial, of exchange, obligation and care. In biological terms, viruses are liminal, relational entities. Outside the cells of a host organism, a virus is viable but not alive. The virus takes life (in both senses) not through a viral attack on the host, but through dynamic interactions between host and virus (Napier, 2012; Brives, 2020), which prompts us to ask: How are viruses and virality brought to life? This question calls for a multidimensional and multi-scalar reflection. It interrogates the bio-social relations – across space and time – that enable viral transmission, and which may render an infection liveable or virulent (Lowe, 2017). It is also an eco-social question, about what relations between species and habitats might foster novel forms of viral "emergence," in turn intimately connected – both materially and metaphorically – to global extractive economies. The viral question calls for epistemological reflection: Through what modes of knowledge production and materialisation do we bring viruses into the social and political spheres, thereby reconfiguring prior ways of embodying and managing disease? It also invites socio-cultural analysis, about what kinds of virality we animate by telling stories about pathogens and epidemic outbreaks (Wald, 2008; Quammen, 2015) and through our uses of metaphors (such as computer viruses, but also migrants and foreigners as viral vectors).

Africa has long been imagined as a space of viral latency and emergence (Auray & Keck, 2015). Now, the global experience of the COVID-19 pandemic invites us to rethink Africa in the world, and the world from Africa. Persistently framed as a viral threat – notably as the origin of HIV and of haemorrhagic viruses – Africa occupies a key place in the neoliberal bio-security worldview (Cooper, 2008; Wald, 2008). As an incubator of yet-unknown pathogens, the continent is a virological "hunting" ground (Lachenal, 2015). In the colonial imagination, it evoked anxieties about both "white vulnerability" (Anderson, 1996) and its own depopulation (Dozon, 1985). Can we critically rethink the terms and frames of Africa's virality, while also revisiting virality in and from Africa? The current map of unequal access to vaccines (and its corollary of restricted movement) metaphorically echoes attempts to prevent illegal immigration; is this just a viral-themed replay of older patterns of population control? By reversing our approach to viruses, as objects/agents whose liveliness and pathogenicity must be negotiated –rather than as autonomous threats – this special issue invites its contributors and readers to rethink and rewrite virality from the vantage of a global Africa. Its perspective is multidisciplinary, taking viruses not only as a biological reality, but also as topics of circulating and conflicting information, and as high-stakes sites that crystallise Africa's relationship to the world through the construction of risk, mobilities, natural resource management, knowledge production, or inequalities in living conditions and in systems of prevention and care. Taking Africa and viruses as its starting points, this special issue aims to (re)consider how we relate to living entities and worlds, and what this entails for thinking through the thematic areas we outline below.

Africa, "Land of viruses"

Virality and Africa are mutually constitutive concepts in the Western imagination. From its first contacts with explorers and colonial administrators, the continent was viewed as a land of fevers (viral or not) and therefore as the "White man's grave" (Dozon, 1995). Africans were blamed for carrying a range of pathogens, from yellow fever (Pam, 2018) to malaria, trypanosomiasis (sleeping sickness) and plague. Even when these were recognised as parasitic or microbial, the term "virus reservoirs" was routinely used to describe African masses; a designation that justified racial segregation in cities (M'Bokolo, 1982) and militarised campaigns for screening, treatment and prophylaxis, as well as measures of restricted or forced population movement (Lachenal, 2014). New viral vaccines were developed through testing on Africans, including for yellow fever - developed in Senegal and Nigeria (Velmet, 2020) - and hepatitis B (Moulin, Chabrol et al., 2018). West Africans were also the subjects of the first large-scale experimental measles vaccination (Reinhardt, 2015). Even as Africans continue to serve as vaccine trial populations (Moulin, 1996; Couderc, 2011; Thiongane, 2013), they are accused of "resisting" the eradication of polio (Yahya, 2007). Research in/on the African HIV epidemic produced significant advances in both biological and socio-historical knowledge of health (Fassin, 2006; Nguyen, 2010; Pépin, 2011); the HIV-2 virus was first described in Dakar through monitoring, by a team led by Souleymane Mboup, of a cohort of female sex workers, building on the legacy of colonial medical surveillance (Gilbert, 2013).

At the same time, social and biomedical sciences often "discover" realities – as viral ones – that populations have long "known" in other terms. These include, for example, the embodied effects of unequal exposure to risk and access to resources for care and protection (measles and malaria are more deadly in Africa due to gaps in vaccination and treatment), but also what has been learned through cumulative experiences of managing pathogenic agents and environments (Hayden, 2008; Richards, 2016). It is therefore crucial, as the Comaroffs urge us, to develop theories from the South (Comaroff & Comaroff 2012) and to break out of ways of thinking that might be seen, in themselves, as "viral" – in the sense of being underpinned by hegemonic principles, of risk, security and immunity, that are imposed from the North. This can be done, for example, by considering health, from located experiences, through more holistic, relational frames (Livingstone, 2005, 2013). Or, by tracing viruses to reveal complex and dynamic relations between bodies, species, knowledge and care, we can thereby resituate (viral) "local biologies" (Lock, 2017) in specific socio-historical contexts.

The articles in this issue point, explicitly or not, to an underlying global health agenda – often set elsewhere but exerting significant influence on what can be known and done on the continent. Yet they also hint at ways in which such decisions are being questioned and subtly or radically altered by African actors. As ethnographic or interview participants, the experts, health workers and patients who figure in this issue raise questions about what really matters on and for the continent (Kleinman, 2006), and about the possibility of truly African forms of research and action within global health arena. The call to vaccinate against a pandemic virus, Sars-Cov-2, on no less than a planetary scale has highlighted Africa and Africans' position within an uneven geography of biomedical goods and of capacities to produce these. Global power relations are further revealed by the constraints imposed on vaccine provision to African countries, particularly in cases when supplies have to be used up fast – whether for material or political reasons – without, as Abdoulaye Touré reminds us, any real debate or decision-making about the conditions, basis and objectives of vaccination, or its place among other health priorities such as maintaining the routine activities of the Expanded Programme on Immunization (EPI), or addressing maternal deaths and the silent "epidemic" of non-communicable diseases (including diabetes and cardiovascular diseases). The politics that condition vaccine supply, access and distribution, at both local and global scales, also intersect with and shape "vaccine anxieties" – the desires for and worries about Covid vaccines – expressed and experienced by African publics (Leach et al., 2022). How will this play out in the long-term, we wonder, given that surveillance programmes to monitor viral gene mutations have already been launched in Africa[1], when African access to vaccines – which will be designed based this surveillance – has not yet been secured?

Questioning the anthropocene

From Wuhan, Covid 19 spread across the world. Countries of the global North realised their vulnerability to viruses, and the need to take seriously measures of anticipation and preparation for future threats. Based on extrapolation from 380 new viruses identified in bats, the Predict (Reducing Pandemic Risk, Promoting Global Health)[2] programme estimated that 360,000 to 460,000 viral species are still unidentified. Pressure on ecosystems, arising from intensive extractive and production activities, interferes with the natural cycles of micro-organisms that are endemic in wild species, with which humans may had little or no prior contact. By disrupting wild, especially forest ecosystems, human communities are at risk of closer interaction with pathogens hosted by organisms that inhabit these. According to Jean-François Guégan, large-scale destruction of forests worldwide, particularly in Africa, is increasing cohabitation among wild animals, livestock and humans; thus, he warns, "humans have moved closer to microbes," stirring up microbial cycles to which humans have rarely or never been exposed (Guégan, Thoisy et al., 2018; Guégan, 2020). Human disruption of tropical and equatorial forests creates potential biological bombs that call for urgent adoption of the "One Health" framework. Yet viruses are no longer a threat only to living organisms and the integrity of bodies; they also attack technical and technological systems, and interfere with modes of processing, transmitting and storing information, including personal data. Biological or other, viruses often irrupt and impose themselves unpredictably. They must be taken seriously. The term "Anthropocene" was coined to describe how human activities have overtaken the influence of natural factors in shaping and altering ecosystems. Yet as Michel Magny points out, while the unprecedented impact of human activity on natural environments indeed marks out a distinctive Anthropocene era, its origins raise more general questions about how, as a species, we relate to other living beings including viruses (Magny, 2021).

While acknowledging anthropogenic influences, we might nuance and complexify narratives of viral emergence as stemming from human ecosystems pressure. What should we make of the suggestion, based on work by James Fairhead and Melissa Leach (1995a, 1995b), that forest-dwelling populations in Guinea have decreased since the 2000s, notably due to insecurity associated with rebel incursions

1 See for example Afroscreen : https: https://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/institut-pasteur-monde/actualites-international/afroscreen-renforcer-surveillance-variants-13-pays-afrique, and the Africa Pathogen Genomics Initiative: https://africacdc.org/institutes/ipg/ (accessed 21 November 2021).

2 Predict is a project of the Emerging Pandemic Threat (EPT) program of the United States Agency for International Development (USAID), launched in 2009 to strengthen the detection and discovery of zoonotic viruses with high pandemic potential.

from Sierra Leone? Should we account for what Jacques Pépin (2011) has demonstrated: that initial circulations of HIV were stimulated less by the exploitation of forest resources than by colonial urban and health policies, including segregation? Should we also consider that recent Ebola epidemics (in Democratic Republic of Congo and Guinea) originated in human hosts rather than zoonotic (animal) "spillover" (Keïta et al., 2021)? The notion of "Capitalocene" proposed by Jason Moore allows us to go further, by emphasizing how human interactions with "natural" environments are also shaped by extractives logics of both labour and resource exploitation and of accumulation, both capitalist and colonial (Moore, 2017, 2018). In this perspective, ecology is always economic and political. Beyond philosophical analyses of the multiple challenges facing the Anthropocene — global warming, loss of biodiversity, generalised environmental pollution, extensive human control of ecosystems and demographic pressure — and its consequences for the viral threats and their management on the African continent, this special issue documents, through case studies, biographies and trajectories, as well as their representations, of specific zoonoses and viruses, from animals to humans, and from forest to city.

Circulations

In addition to deforestation, which accelerates inter-species micro-organism circulation, growing urban migration and city size in intertropical regions generates greater and more frequent exposures to viral threats, to which the urban poor are disproportionately vulnerable (Guégan, 2020). According to the United Nations (UN), an additional 2.5 billion people will live in urban areas by 2050. Studies in the global North have demonstrated correlations between health risks, well-being, mental health and urban development. The anarchic and uncontrolled urbanization of African cities causes insecurity and violence, environmental and health inequalities, problems of sanitation and problems; these have been shown to play a role in the incidence of communicable and noncommunicable diseases (Mboumba, 2007; Barry, 2014; AFD, 2015; Fourchard, 2018; Ongo Nkoa & Song, 2019).

The environment of (shanty)towns in Africa has been seen as a fertile grounds for inventiveness and creativity (Louveau, 2013; Mbade Sène, 2018) but also as a breeding ground for viral epidemics and disease due to overcrowding and population density (Gonzales, 2021). This special issue addresses how viruses circulate, but also, importantly, how viral circulations are imagined and managed as threats, within a range of possible forms of intervention that include interactive maps and predictive models, the collection and processing of data for and by applications of Artificial Intelligence, as well as in embodied techniques and (reconfigured) rituals of protection.

The issue interrogates how life and the living circulate on global scales, in different forms and through varied channels, and how micro-organisms, both virulent and "attenuated" (as in vaccines), are produced in situ and in laboratories, for purposes of both prevention and (bio)terrorism. While the recent Covid-19 pandemic has revealed our "common biological foundation irrespective of social condition or cultural belonging" (Garapon, 2020), it is also plainly obvious that infrastructural inequalities and a digital divide persist, shaping the material conditions and effects of virality. Moreover, the thesis of a laboratory accident is gaining traction as an explanation for the pandemic; its implications – for both biosafety and politics – must be considered.

We should highlight the absence, in this issue, of contributions focusing on laboratory and diagnostic practices. The deployment of Science and Technology Studies (STS) approaches are still tentative in the global South (Dumoulin Kervran et al., 2018), particularly in Africa, while STS studies on the continent are mostly conducted by researchers from the North (Peterson, 2014; Tousignant, 2018). As the number of African research centres expand, we hope to see greater local engagements with science and technology as sociological objects.

Exceptional regimes, protests

When a viral threat tips over from potential risk to epidemic reality within a located, historical configuration, it often reveals or exacerbates the embodied effects of structural violence, such as legacies of colonialism and apartheid (Fassin, 2004; Farmer, 2005). Exposing past crises and accumulated resentment (Garapon, 2020), viral effects can be seen as remainder and reminder: bodies remember (Fassin, 2006). Responses to viral threats can be read as "moments of exception" (which can be long-lasting), characterized by a "suspension of time or legality specific to each domain", or of a "generalized medical prescription" applied to entire populations (Garapon, 2020). This buttresses the power of authoritarian regimes and nationalisms; yet it can also elicit protest and vocal opposition as "moments of exception" give way to "moments of truth" (Garapon, 2020).

Epidemic containment often draws physical and/or symbolic boundaries, reordering space and populations, relegating some groups – the potentially dangerous carriers – to peripheries or enclosures, sometimes to die, as seen in colonial sleeping sickness control (Lyons, 1985, 1992) but also recent HIV, Ebola and Covid epidemics. Such marginalization and relegation can lead to protest that articulates claims for specific forms of citizenship: therapeutic citizenship, eco-citizenship, global citizenship, etc. This issue features texts that examines moments and regimes of exception implemented in African contexts to tackle viral threats or epidemics, as well as the forms of protest that ensue. It thus considers the inequalities and forms of marginality that are revealed by viruses as they inhabit bodies and societies, as well as those which are formed and contested in the wake of risk-management strategies and regimes of exception.

Virus, geopolitics, production of knowledge

Viruses raise questions about how knowledge and information are produced and circulated, through technical and technological systems, and about state capacities to respond to threats posed by viruses (biological or computer), whether in terms of accessing substances, securing borders and hardware, hosting or protecting – from cyber-attacks – personal data in a datasphere, etc. When applied to these domains, a focus on viruses could provide novel frameworks for understanding geopolitics, as seen from Africa, where, against a backdrop of humanitarian aid and global health policies, countries of the global North deploy different strategies to gain access to bodies for therapeutic trials (Petryna, 2009), or to ecosystems, wildlife, etc. to exploit or preserve natural resources. What is emerging is a form of colonisation that goes beyond human bodies, targeting living matter and materials with high economic, and epidemic, potential, which could be turned into a basis for virtual war or bioterrorist attack. Thus, Africa could be thought of as a theatre for real, possible or virtual battles over the circulation of living organisms – intra- and inter-species – as well as the prevention and anticipation of viral/epidemic threats on a global scale. Our call for contributions to this issue invited analyses, based on empirical data and robust case studies, on how viruses are redesigning geopolitics from Africa, while creating a continent evolving at different speeds (Brown et al., 2012). Viruses, finally, might prompt us to call into question what constitutes biological life and death, as well as states in between; such as when a virus is not dead but dormant, and social and biological life can carry on as usual – on the surface, at least. We might reflect on how sudden viral irruptions – and the mass deaths they may cause – are represented and interpreted, particularly where real-time digital tracking is deployed for purposes of marketing, surveillance, control, repression, sanction (Sadin, 2015, 2016; Douzet, 2020) or prevention (isolation until a positive or negative result is obtained).

Opening up Africa

The social and biological life of viruses, and the damage they wreak, differ in the global North and South: we are not equal in the face of viruses. Resources to prevent and manage contagion are unevenly distributed, but also governed by rationalities that are specific to each context. Even when outbreaks are planetary, geographies of inequality are formed through travel restrictions and distancing; the reach

and effects of an overabundance of information (infodemia); or the speed at which pharmaceutical manufacturers can produce therapeutic and diagnostic substances. While we all live with viruses, the terms and conditions on which we negotiate this co-existence vary depending on geographical, technological and economic factors. The notion of "local biologies" (Lock & Kaufert, 2001) helpfully reminds us that the body is never "just" a biological entity but is always produced – including materially – by history and by economic and social situations. Our relationships with viruses are thus inevitably local. Yet "locality" operates as, and within, dynamic paradigms (Giles-Vernick & Webb, 2013). Over the past two decades, we have moved from an approach to international health that was intended to be global (global health) to one that is meant to be integrated: One Health. This does not preclude modes of intervention that are hegemonic, and often authoritarian and even violent. These often operate with a vision of Africa as the seat of viral threats that must be contained. As mentioned above, Africa has, through anxieties about sleeping sickness and malaria to AIDS and Ebola, persistently been framed as a source of danger. When Covid-19 struck, this representation initially seemed to be turned on its head: Europeans were a threat to Africa[3] Soon, however, geographies of vaccines and vaccination were repositioning the content as a familiar place of future viral menace. This special issue offers a reflection on the longue durée of Africa-virus relations, in light of a diversity of situated experiences, but also through the analysis of a Euro-American gaze on the continent. Going beyond viruses per se, this issue examines the virality of representations that circulate in and about Africa— once thought of as the "the White man's grave" (Dozon, 1995) — and on the European continent, which no longer appears as an El Dorado, but as a "Black man's grave" as a result of various "necropolitics" strategies (Mbembe, 2006).

Our call for papers was issued at a time when nations across the continent were facing strict control measures, in some cases imposed as part of a health "state of emergency" in response to the Covid-19 pandemic. It therefore comes as no surprise that Covid takes centre stage in most of texts presented here, which address the issues' core themes (circulations, regimes of exception, knowledge production, etc.) from diverse and original perspectives. Analysing market traders' representations of Covid-19 in Burkina Faso, Georges Rouamba and his co-authors illuminate a reconfiguration in the dynamics and relations of citizenship. The result of this, they show, was a downplaying of disease risks, which underpinned resistance to the implementation of control measures. Mohammed Fares also notes opposition to and demonstrations against control measures in Tunisia, illustrating how such resistance served as a pretext for making broader political claims to freedom, dignity and employment. The pandemic context has indeed prompted some citizens to articulate demands for equal access to medical care as well as environmental actions (notably, the disinfection of public spaces to prevent spread of the virus), and even for a rejection of administrative cartographies, in particular the notion of district or provincial capitals (designated, in French, as "chief places"), which creates and enforces regional hierarchies. Gassim Sylla draws on ethnographic research in Guinea to highlight the instability of Covid-19 interpretations, as well as the discrepancies between public health measures and social actors' living conditions. His article concludes that preventive strategies are ultimately impracticable because they neglect lived social and material realities, raising the question of whether they might function as a form of display. Given that policies of distancing and containment are ill-adapted and therefore largely left unenforced, should their maintenance – as with calls to vaccinate whole populations – be understood as a staged performance targeting an outside audience, yet imposing a high cost on local inhabitants? The contribution from Sylvie Ayimpam and Jacky Bouju substantiates this point of view from the Democratic Republic of Congo. They depict the state's response as chaotic and show how it fuelled denial of viral risk; the mobilization of a state of emergency therefore produced the opposite of its intended effect. Calling this a "dramatic paradox," the authors trace its emergence from authoritarian "necropolitical" governance. Approaching a similar paradox from the perspective of ethnographic fieldwork in Guinea, Fanny Attas proposes to move beyond an analysis of dysfunctions and failures in state systems. Instead, she examines the ontological repertoires that actors draw on, and deciphers the "choreographies" through which they enact specific lived realities of being with viruses. This act of deciphering appears as a novel way of thinking about how knowledge is produced about

3 See, for example: https://www.theelephant.info/op-eds/2020/05/15/returning-the-gaze-how-covid-19-is-inverting-colonial-imaginaries/

Africa from Africa, and indirectly reconsiders the place that Africa occupies in broader imaginaries, including those of science. This is, in a way, also the project undertaken by Fred Eboko and his co-authors, who critically examine, through the case study of Côte d'Ivoire, the scientific hypotheses proposed to explain the dynamics of Covid-19 in Africa. Refuting several "erroneous paths," they show how climate research – even if not able to fully explain epidemiological patterns – emerged as "one of the few domains to survive the [hypothesized] determinants of Covid-19 in Africa, which were put forward wholesale based on intuitions derived from past pandemics and liabilities."

To extend this reflection on the place of Africa in scientific practice and imagination, we feature three African actors – who have made significant contributions to the practice and analysis of public health on the continent – in the dialogue and commentary section. Revisiting epidemic responses and the place of medical research, they highlight the achievements of, but also the challenges and obstacles facing, a science that would be by and about the global South; in other words, what it might mean, conceptually and in practice, to decolonize knowledge and expertise. The examples offered by Prof. Socé Fall suggest that health interventions in epidemic contexts are, in a way, already decolonized. He urges African actors to place greater value on this "decolonization", because "no one will come to do it for them." While practices and interventions can, in emergency situations, be controlled by and for local actors, the production of public health knowledge is still largely dominated by outside interests. Dr Abdoulaye Touré points out that Africans have been slow to take ownership of health research because it remains dependent on external funding and on often opaque decisions, oriented towards priorities that do not always match with local concerns, and that this situation results in a form of "disfigurement" of scientific agendas and practices. This situation, however, is starting to change with the emergence of new generations of African experts and a reconfiguration of the institutional forms through which funding is mobilized. Adama Aly Pam provides a historical perspective on the deep roots of this dependence, and the stubborn difficulties of decolonising medical knowledge. Revisiting a case study of epidemic responses to yellow fever in Senegal, Pam shows how French colonial interests in and assumptions about West Africa shaped the early deployment of tropical medicine and public health.

If the sciences resist decolonisation, visual arts might offer a more fertile grounds for opening up and decolonizing our approach to knowledge and bodies, here by hinging them to urban worlds. In the section "Iconographic threads", addressing the body as "contact point between the human and the world", Élise Fitte-Duval addresses the issue of Dis-augmentation and alienation. Her reflection is joins that of art historian Yasmine Belhadi, who shows that the works of Franco-Gabonese artist Myriam Mihindou - in particular the video entitled La Robe envolée (2008) and the photographic series Déchoucaj (2004-2006) — can be seen as means of healing individual and collective wounds, by creating spaces of disalienation. In this way, Myriam Mihindou produces a decolonial "aesthetic of care", whose implementation is "a political act with critical and therapeutic potential".

Bibliography

AFD. (2015). Cadre d'intervention : santé et protection sociale 2015-2019, *AFD*.

Anderson, W. (1996). Immunities of empire: Race, disease, and the new tropical medicine, 1900–1920. *Bulletin of the History of Medicine*, *70*(1), 94-118.

Auray, N., & Keck, F. (2015). *Virus* . Association Terrain, (No. 64, pp. 4-13) URL : http://terrain.revues.org/15561.

Barry, A. (2014). Version féminine du malaise juvénile dans les villes africaines. Réflexions cliniques et anthropologiques autour d'un nouveau "phénomène social 1". *Essaim*, *2*(33), 91-105.

Brives, C. (2020). The politics of Amphibiosis: the war against viruses will not take place. *Somatosphère: Science, Medicine, and Anthropology.* http://somatosphere.net/2020/the-politics-of-amphibiosis.html/

Brown, T., Craddock, S., & Ingram, A. (2016). Critical Interventions in Global Health: Governmentality, Risk, and Assemblage. *Annales of the Association of American Geographers*, *102*(5), 1182-1189.

Comaroff, J., & Comaroff, J. L. (2015). *Theory from the South: Or, how Euro-America is Evolving Toward Africa*. Routledge.

COOPER, M. (2008). Life as Surplus: Biotechnology and Capitalism in the Neoliberal Era, Seattle. *University of Washington Press*.

Couderc, M. (2011). *Enjeux et pratiques de la recherche médicale transnationale en Afrique : analyse anthropologique d'un centre de recherche clinique sur le VIH à Dakar (Sénégal)*. Thèse de doctorat, Université Aix-Marseille III, 506 p.

Douzet, F. (2020). Du cyberespace à la datasphère. Enjeux stratégiques de la révolution numérique. *Hérodote*, *2*(177-178), 3-15.

Dozon, J. P. (1985). Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil. *Sciences sociales et santé*, *3*(3), 27-56.

Dozon, J. P. (1995). D'un tombeau à l'autre. *Cahiers d'études africaines*, *XXXI*(1-2, 121-122), 136-157.

Dumoulin Kervran, D., Kleiche-Dray, M., & Quet, M. (2018). Going South. How STS could think science in and with the South?. *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, *1*(1), 280-305.

Fairhead, J., & Leach, M. (1995a). Reading forest history backwards: The interaction of policy and local land use in Guinea's forest-savanna mosaic, 1893-1993. *Environment and History*, *1*(1), 55-91.

Fairhead, J., & Leach, M. (1995b). False forest history, complicit social analysis: rethinking some West African environmental narratives. *World development*, *23*(6), 1023-1035.

Farmer, P. (2004). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor* (Vol. 4). University of California Press.

Fassin, D. (2004). *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*. Karthala.

Fassin, D. (2006). *Quand les corps se souviennent: expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*. La Découverte.

Fourchard, L. (2018). *Trier, exclure et policer. Vies urbaines en Afrique du Sud et au Nigeria*. Sciences Po (Les Presses de).

Garapon, A. (2020). Un moment d'exception. *Esprit*, (5), 87-92.

Gilbert, H. (2013). Re-visioning local biologies: HIV-2 and the pattern of differential valuation in biomedical research. *Medical anthropology*, *32*(4), 343-358.

Giles-Vernick, T., & Webb Jr, J. L. (Eds.). (2013). *Global health in Africa: historical perspectives on disease control*. Ohio University Press.

Giulia, G. (2021). Bamako war ikna: Kel Tamasheq, Bamako and the politics of wellbeing. *Tantchou, J., Louveau, F., Marc-Éric, G., Bien-être au Nord et au Sud: explorations, Louvain-la-Neuve, Academia*.

Graboyes, M. (2015). *The experiment must continue: Medical research and ethics in East Africa, 1940–2014*. Ohio University Press.

Guégan, J. F. (2020). Virus : quand les activités humaines sèment la pandémie. *The conversation*.

Guégan, J. F., Thoisy, B. D., Ayouba, A., & Cappelle, J. (2018). Forêts tropicales, changements d'usage des sols et risques infectieux émergents.

Hayden, C. E. (2008). *Of medicine and statecraft: smallpox and early colonial vaccination in French West Africa (Senegal-Guinea)*. Northwestern University.

Keita, A. K., Koundouno, F. R., Faye, M., Düx, A., Hinzmann, J., Diallo, H., ... & Magassouba, N. F. (2021). Resurgence of Ebola virus in 2021 in Guinea suggests a new paradigm for outbreaks. *Nature*, *597*(7877), 539-543. doi: 10.1038/s41586-021-03901-9

Kleinman, A. (2006). *What really matters: Living a moral life amidst uncertainty and danger*. Oxford University Press.

Lachenal, G., & Geissler, P. W. (2015). Lessons in medical nihilism. Virus hunters, neoliberalism and the AIDS crisis in Cameroon. *Para-states and medical science: Making African global health*, 103-41.

Latour, B. (2020). La crise sanitaire incite à se préparer à la mutation climatique. *Le Monde*, *25 march*.

Leach, M., MacGregor, H., Akello, G., Babawo, L., Baluku, M., Desclaux, A., & Sow, K. (2022). Vaccine anxieties, vaccine preparedness: perspectives from Africa in a Covid-19 era. *Social science & medicine*, *298*, 114826. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114826

Livingston, J. (2005). *Debility and the moral imagination in Botswana*. Indiana University Press.

Livingston, J. (2013). Cancer in the shadow of the AIDS epidemic in southern Africa. *The oncologist*, *18*(7), 783-786. https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0215.

Lock, M. (2017). Recovering the body. *Annual Review of Anthropology*, *46*, 1-14. https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102116-041253

Lock, M., & Kaufert, P. (2001). Menopause, local biologies, and cultures of aging. *American journal of human biology*, *13*(4), 494-504.

Louveau, F. (2013). Sukyo Mahikari et la quête du bonheur: un mouvement religieux japonais en Afrique de l'Ouest et en France. *Cahier de l'institut Religioscope,* http://religion. info/french/articles/article_632.shtml.

Lowe, C. (2017). Viral ethnography: Metaphors for writing life. *RCC Perspectives*, (1), 91-96.

Lyons, M. (1985). From 'Death Camps' to Cordon Sanitaire: The Development of Sleeping Sickness Policy in the Uele District of the Belgian Congo, 1903–19141. *The Journal of African History*, *26*(1), 69-91.

Lyons, M. (1992). *The colonial disease: a social history of sleeping sickness in northern Zaire, 1900-1940*. Cambridge University Press.

Magny, M. (2021). *L'Anthropocène*. Presses universitaires de France.

Mbembe, A. (2006). Nécropolitique 1. *Raisons politiques*, (1), 29-60.

M'bokolo, E. (1982). Peste et société urbaine à Dakar: l'épidémie de 1914 (The Plague and Urban Society in Dakar: The 1914 Epidemic). *Cahiers d'études africaines*, 13-46.

Mboumba, A. (2007). Gestion urbaine et équité socio-spatiale: les inégalités dans les services de base à Libreville (Gabon). *Espace géographique*, *36*(2), 131-140.

Moore, J. W. (2017). The Capitalocene, Part I: On the nature and origins of our ecological crisis. *The Journal of peasant studies*, *44*(3), 594-630.

Moore, J. W. (2018). The Capitalocene Part II: Accumulation by appropriation and the centrality of unpaid work/ energy. *The Journal of Peasant Studies*, *45*(2), 237-279.

Moulin, A. M. (1996). L'aventure de la vaccination, collection Penser la médecine. *Editions Fayard*.

Moulin, A. M. (2014). Quand la terre s' arrondit. L'horizon convergent des épidémies d'Orient et d'Occident. *Extrême-Orient Extrême-Occident*, *37*, 233-240.

Moulin, A. M., Chabrol, F., & Ouvrier, A. (2018). Histoire d'un vaccin pas comme les autres: les premiers pas du vaccin contre l'hépatite B au Sénégal. *Niakhar, Mémoires et perspectives : recherches pluridisciplinaires sur le changement en Afrique, Marseille et Dakar, L'Harmattan et IRD*, 489-510.

Napier, A. D. (2012). Nonself help: How immunology might reframe the enlightenment. *Cultural Anthropology*, *27*(1), 122-137.

Nguyen, V. K. (2010). *The republic of therapy: Triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS*. Duke University Press.

Ongo Nkoa, B. E., & Song, J. S. (2019). Urbanisation et inégalités en Afrique : une étude à partir des indices désagrégés. *Revue d'économie régionale & urbaine*, (3), pp. 447-484.

Packard, R. M. (2016). A history of global health: Interventions into the lives of other peoples. *Baltimore, MD.*

Pam, A. A. (2018). Colonisation et santé au Sénégal, 1816-1960 : crises épidémiques, contrôle social et évolution des idées médicales. *Colonisation et santé au Sénégal, 1816-1960*, 1-264.

Pepin, J. (2011). *The origins of AIDS*. Cambridge University Press.

Peterson, K. (2014). *Speculative markets: Drug circuits and derivative life in Nigeria*. Duke University Press.

Petryna, A. (2009). *When experiments travel: Clinical trials and the global search for human subjects*. Princeton University Press.

Quammen, D. (2012). *Spillover: animal infections and the next human pandemic*. WW Norton & Company.

Reinhardt, B. H. (2015). *The end of a global pox: America and the eradication of smallpox in the Cold War era*. UNC Press Books.

Richards, P. (2016). *Ebola: how a people's science helped end an epidemic*. Bloomsbury Publishing.

Sadin, E. (2015). *La vie algorithmique. Critique de la raison numérique*. L'échappée.

Sadin, E. (2016). *La silicolonisation du monde : l'irrésistible expansion du libéralisme numérique*. L'échappée.

Sène, A. M. (2018). L'urbanisation de l'Afrique : davantage de bidonvilles ou des villes intelligentes ? *Population & Avenir*, (4), pp. 14-16.

Thiongane, O. (2013). *Anthropologie de la méningite au Niger. Espaces épidémiques, mobilisations scientifiques et conceptions de la maladie* (Doctoral dissertation, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS)).

Tousignant, N. (2018). *Edges of Exposure: toxicology and the problem of capacity in postcolonial Senegal*. Duke University Press.

Velmet, A. (2020). *Pasteur's empire: Bacteriology and politics in France, its colonies, and the world*. Oxford University Press, USA.

Wald, P. (2008). *Contagious: Cultures, carriers, and the outbreak narrative*. Duke University Press.

Yahya, M. (2007). Polio vaccines—"no thank you!" barriers to polio eradication in Northern Nigeria. *African Affairs*, *106*(423), 185-204.



@Elise Fitte-Duval, « Série Dés-augmentation », réalisée dans le quartier Ouakam de Dakar, 2021.

Covid-19, réponse institutionnelle et rôle du climat

Étude comparative entre la Côte d'Ivoire et les autres pays d'Afrique de l'Ouest

Fred Eboko

Politiste, représentant de l'IRD en Côte d'Ivoire
Université Paris-Cité, IRD, Inserm, France
fred.eboko@ird.fr ; https://orcid.org/0000-0003-3877-6341

Ibrahima Khalil Kanté

Océanographe, Laboratoire de physique de l'atmosphère et de l'océan S. Fongang (UCAD), Sénégal
Laboratoire d'enseignement et de recherche en énergétique appliquée de Conakry, Guinée
ibrahima.kante@ucad.edu.sn ; https://orcid.org/0000-0001-8607-667

Arona Diedhiou

Climatologue, LASMES, *African Centre of Excellence on Climate Change*
Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire
arona.diedhiou@ird.fr

How to cite this paper:
Eboko, F., Kanté, I.K., Diedhiou, A. (2022). Covid-19, réponse institutionnelle et rôle du climat. Étude comparative entre la Côte d'Ivoire et les autres pays d'Afrique de l'Ouest. *Global Africa, (2)*, pp. 40-54.
https://doi.org/10.57832/7rcm-hd04

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

Résumé

Ce texte propose une analyse de la réponse institutionnelle de la Côte d'Ivoire sur la diffusion de la Covid-19 et explore les pistes qui échappent au contrôle politique, spécialement les incidences des variations saisonnières en comparant le cas ivoirien à d'autres pays d'Afrique de l'Ouest. Ce point de vue permet de déconstruire les illusions d'optique sur l'expansion de la Covid-19 en Afrique et suggère une lecture de la place de l'Afrique dans les imaginaires, y compris scientifiques. Le propos s'inscrit notamment dans une logique proche des travaux de science politique qui portent une attention particulière aux trajectoires politiques nationales, en lien avec les réponses institutionnelles à la Covid-19. En sous-titre de son ouvrage, l'historien politologue américain Peter Baldwin (2021) pose la question qui traverse notre contribution : « Pourquoi la lutte contre le coronavirus a-t-elle été si différente dans le monde ? ” Notre problématique, qui se fonde sur une approche multifactorielle au sens large, tente d'affiner les facteurs trop englobants, en remettant chacun des facteurs empiriques dans un contexte national, voire local dans le cas de la Côte d'Ivoire. La fermeture du district d'Abidjan (capitale de la Côte d'Ivoire) décidée par les autorités ivoiriennes, du 26 mars au 15 juillet 2020, a, par exemple, constitué un événement majeur dans la réponse de ce pays à la pandémie de la Covid-19. Les résultats de nos recherches transdisciplinaires (en science politique, sociologie, climatologie, météorologie, physique de l'atmosphère et océanographie) ont été présentés en mars 2022 à Yamoussoukro lors du colloque international du West African Consortium for Clinical Research on Epidemics Pathogens (WAC-CREP, 2022).

Mots-clés

Covid-19, climat, Côte d'Ivoire, prévalences, Afrique de l'Ouest, réponse politique

Introduction

À l'émergence de la Covid-19, l'Afrique a fait l'objet d'une grande inquiétude (Jessani et al., 2020 ; Vidal et al., 2020). Pourtant, les chiffres officiels des contaminations et des décès sont restés relativement moins élevés que dans d'autres régions du monde (Tableau 1), excepté en Asie du Nord-Est, où la morbidité et la létalité sont faibles. Ces données mettent aussi en lumière, des nombres de décès trois fois plus bas en Côte d'Ivoire que dans les autres pays africains qui comptent, comme elle, entre 80 000 et 170 000 contaminations.

Pays/région	Population	Nombre de cas	Décès
États-Unis	328 millions	94,8 millions	1,04 million
Europe (54 pays)	747,18 millions	250 191 179	2 084 987
Afrique subsaharienne	1,66 milliard	8 794 087	173 301
Côte d'Ivoire	25,07 millions	88 870	820
Sénégal	17,24 millions	88 153	1 968
Cameroun	26,57 millions	122 000	1 935
Afrique du Sud	57 millions	4 010 000	102 000

Tableau 1 : Répartition des cas de Covid-19 dans quelques régions et pays, dont la Côte d'Ivoire le 07/09/2022. Source : afro.who.int ; who.int/europe ; coronavirus-statistiques.com.

Il est particulièrement judicieux de distinguer l'action publique et la question du climat, qui échappe au contrôle politique immédiat. L'Afrique étant l'une des régions les plus vulnérables aux chocs épidémiologiques et climatiques, elle retient l'attention internationale (Lone & Ahmad, 2020). Les facteurs climatiques méritent donc une attention particulière dans cette pandémie à propagation multifactorielle. Des variables météorologiques telles que la température de l'air, l'humidité ou le rayonnement solaire agissent différemment sur la survie des coronavirus en Afrique par rapport à d'autres continents (Yuan et al., 2020).

Ainsi, des recherches en 2020 ont documenté la relation entre les facteurs météorologiques (température, pression atmosphérique) et la Covid-19 en Chine. Au contraire, Ma et al. (2020) et Kanté et al., (2021) ont trouvé des corrélations négatives entre la température et la Covid-19 en Chine, ainsi qu'en République de Guinée. Cependant, le nombre d'études sur la dissémination du virus et l'influence des facteurs météorologiques est encore limité. La pandémie de la Covid-19 a mis en exergue une sorte d'inversion de paradigme à partir du cas de l'Afrique subsaharienne, qui connaît une létalité moindre que la majorité des autres régions du monde, contrairement aux autres pandémies (VIH/sida, Ebola) de ces dernières décennies.

Cet article vise à analyser les déterminants climatiques, sociaux, démographiques, structurels et politiques de cette situation. Il présente le cas ivoirien dans le faisceau des cas africains, qui sont relativement différents les uns des autres, mais avec une convergence – excepté l'Afrique du Sud et les pays d'Afrique du Nord – si on les compare avec les pays d'Europe, des Amériques et une partie de l'Asie.

Au-delà des « fausses bonnes idées »

Les épidémies subies par l'Afrique ont provoqué au fil du temps des inquiétudes légitimes, qui ont conduit à des discours, représentations et recherches scientifiques (Eboko, 2021). Ainsi, le climat, qui serait l'une des explications de la moindre circulation du Sars-Cov-2 (Sars : *Severe acute respiratory syndrome*), fait partie d'une série d'hypothèses autour de facteurs qui échappent aux décisions

politiques et aux comportements sociaux. Avant d'examiner la question climatique, nous allons expliquer pourquoi certaines autres hypothèses sont démenties ou relativisées par des faits et/ou des données : il s'agit de la densité des populations dans les villes africaines, de l'immunité croisée et de la fragilité des systèmes de santé.

La supposée densité des populations des villes africaines est une fausse piste puisqu'il existe une confusion entre le nombre d'habitants d'une ville et la densité, qui peut effectivement constituer l'un des facteurs de la diffusion du virus. Selon les estimations disponibles, avec 20 641 hab./km², Paris est plus dense que trois des quatre villes les plus peuplées d'Afrique : Lagos (6 871 hab./km²) ; Johannesburg (3 603 hab./km²) ; Kinshasa (1 462hab./km²). Seul Le Caire fait exception avec 52 237 hab./km². Dakar (5 795 hab./km²) est quatre fois moins dense que Paris ; Paris est six fois plus dense qu'Abidjan (2 983 hab./km²).

La question de « l'immunité croisée » constitue également une hypothèse scientifique légitime. En effet :

> Il est […] possible qu'une partie de la population soit protégée vis-à-vis du Sars-Cov-2 en raison d'une immunité croisée avec d'autres coronavirus. Des anticorps reconnaissant ce virus sont en effet présents chez les patients ayant été infectés par le Sars-Cov, mais ils ne sont probablement pas neutralisants. L'immunité antivirale cellulaire pourrait également conférer un certain degré de protection croisée (Mahieu & Dubée, 2020[1]).

Cette hypothèse a donné lieu au lancement d'études exploratoires légitimes, dont les résultats n'ont pas encore été publiés[2]. Toutefois, la faiblesse quantitative des données plaide pour une non-vérification de cette hypothèse, ce qui n'enlève d'ailleurs rien à la scientificité de celle-ci.

Peu d'études identiques ont été réalisées en Europe, où les données sont réputées plus fiables. Des enquêtes de séroprévalence à la Covid-19 ont été effectuées en Afrique : Mali, Niger, Kenya, Soudan, République démocratique du Congo (RDC) et Cameroun. Il semble que, dès la seconde vague, le virus a touché la majorité des populations africaines dans des proportions qui restent très en dessous des régions du monde les plus touchées. Les études menées au niveau national en 2020 et 2021 au Sénégal montrent des prévalences qui passent du simple au double, entre 2020 et 2021 (Tableau 2).

Régions	SEROPREVALENCE 2020 (%)	SEROPREVALENCE 2021 (%)*
Dakar	44.0	94,38
Diourbel	19.0	86,46
Fatick	17,5	87,06
Kaffrine	26,9	86,19
Kaolack	33,1	88,41
Kédougou	19,2	93,13
Kolda	23,4	90,67
Louga	11,1	89,27
Matam	11,2	88,10
Sédhiou	48	94,18
Saint-Louis	16,2	76,53
Tambacounda	23,9	91,89
Thiès	24,3	89,78
Ziguinchor	56,7	93,53
SENEGAL (14 régions)	28,4	89,57

11 | COVID-19 | March 16, 2022 World Health Organization

Tableau 2 : Résultats provisoires de l'enquête de séroprévalence au Sénégal (source : OMS, 2021).

La question qui se pose par rapport à ces prévalences est de savoir pourquoi les recherches portent avec plus de précision sur le continent africain que sur les régions du monde qui ont connu des pourcentages de décès beaucoup plus élevés. L'une des explications se fonde sur la fragilité avérée des systèmes de santé

1 Voir également Huibin et al., 2020 ; Grifoni et al., 2020.
2 L'IRD et l'institut Pasteur de Côte d'Ivoire ont commencé en 2020 une étude sur l'impact de « l'immunité croisée » concernant la Covid-19.

en Afrique. La résistance des systèmes de santé africains à la Covid-19 tiendrait à la jeunesse de sa population. La lecture journalistique des articles scientifiques sur la surmortalité liée à la Covid-19 dans le monde (Collaborators, 2022) a fait ressortir l'antienne des « données cachées »[3]. Pourtant, l'article expose clairement que le nombre de surmortalité due à la Covid-19 est plus élevé en Asie du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient et Europe de l'Est, mais précise qu'il est difficile de savoir si la surmortalité est due à la Covid-19 ou à d'autres explications (changements sociétaux, économiques, comportementaux) en raison de l'absence de données détaillées sur les causes spécifiques des décès dans de nombreux pays (Covid-19 Excess Mortality Collaborators, 2022, pp. 1513, 1515).

En revanche, les personnes touchées par la Covid-19 en Afrique porteuses d'une comorbidité étaient en général en situation de grand danger, au vu de la crise des systèmes de santé, et notamment de l'incurie de la réanimation des personnes en situation de détresse respiratoire. Cette situation explique également en partie le caractère exceptionnel de la réponse ivoirienne à travers la fourniture continue des hôpitaux d'Abidjan en gaz, notamment en oxygène du fait de la présence de la société Air Liquide.

La question du climat constitue également une piste crédible susceptible d'expliquer la situation des villes africaines en particulier face à la pandémie à Sars-Cov-2. Le 10 février 2021, le Sars-Cov-2 avait déjà causé 2 360 000 décès sur plus de 107 millions de cas signalés dans le monde (Milleliri et al., 2021). L'Afrique demeure le continent à avoir le moins souffert en termes de morbidité et de mortalité (Lone & Ahmad, 2020 ; Milleliri et al., 2021). Le climat fait partie des hypothèses avancées pour tenter d'expliquer les faibles effectifs observés en Afrique subsaharienne (Nguimkeu & Tadajeu, 2020)

Nous allons maintenant expliquer les données comparatives récoltées dans plusieurs pays, étant entendu que l'analyse de l'impact des variations saisonnières n'a de sens que dans la comparaison entre plusieurs sites.

Données et méthodologie

Données cliniques sur la Covid-19

L'institutionnalisation de la gestion des menaces et crises sanitaires est illustrée par la création du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), agence européenne chargée de la surveillance des menaces sanitaires créée en 2004 au lendemain de l'épidémie de Sras en 2002 (Deruelle, 2016 ; Greer, 2012). Dès l'avènement de la pandémie de Covid-19, cette agence s'est directement intéressée à la collecte des données cliniques du monde. Nous utilisons ici ses données cliniques, qui correspondent au nombre de cas confirmés de Covid-19 (personnes guéries et patients décédés) dans 17 pays d'Afrique de l'Ouest (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020). Nous retenons spécialement les données journalières portant sur la période du 1er janvier 2020 au 30 avril 2021 et concernant le Mali (Bamako), le Niger (Niamey), la Guinée (Conakry), le Sénégal (Dakar) et la Côte d'Ivoire (Abidjan).

Données climatiques

Dans le cadre de ce travail, nous considérons les trois paramètres climatiques suivants : la température à 2 m (t 2 m), l'humidité relative (RHmean) et le vent méridien à 850 hPa (v850 hPa). La composante méridienne du vent est prise en compte dans cette étude parce qu'elle traduit, lorsqu'elle est positive, des vents du sud relativement chargés en humidité provenant du golfe de Guinée ; et, lorsqu'elle est négative, des vents du nord, généralement secs et chargés en poussières désertiques issus du Sahara. En raison du manque de données météorologiques récentes observées en continu par les stations dans les pays sélectionnés, nous avons utilisé les données de réanalyses ERA5 du Centre européen de prévisions météorologiques à moyen terme (CEPMMT) (Hersbach et al., 2019 ; Johannsen et al., 2019).

3 Berthaud-Clair, S., « En Afrique, le fardeau “caché” de la surmortalité due au Covid-10 », *Le Monde Afrique*, 11 mai 2022 : https://www.lemonde.fr/afrique/article/2022/05/11/en-afrique-le-fardeau-cache-de-la-surmortalite-due-au-covid-19_6125678_3212.html

Méthodologie

Notre étude s'est concentrée sur la tendance évolutive de la Covid-19 en corrélation avec les conditions météorologiques entre le 1er janvier 2020 et le 30 avril 2021 (Sharma et al., 2021). Cette approche fait ressortir la place d'Abidjan parmi cinq autres villes d'Afrique de l'Ouest : Conakry (capitale de la république de Guinée), Dakar (capitale du Sénégal), Bamako (capitale du Mali), Niamey (capitale du Niger) ; ou encore, en Afrique centrale, Yaoundé (capitale du Cameroun). Ces villes sont appréhendées en dyades (deux par deux) dans une même zone géographique et en fonction de leur similarité climatique (Figure 1).

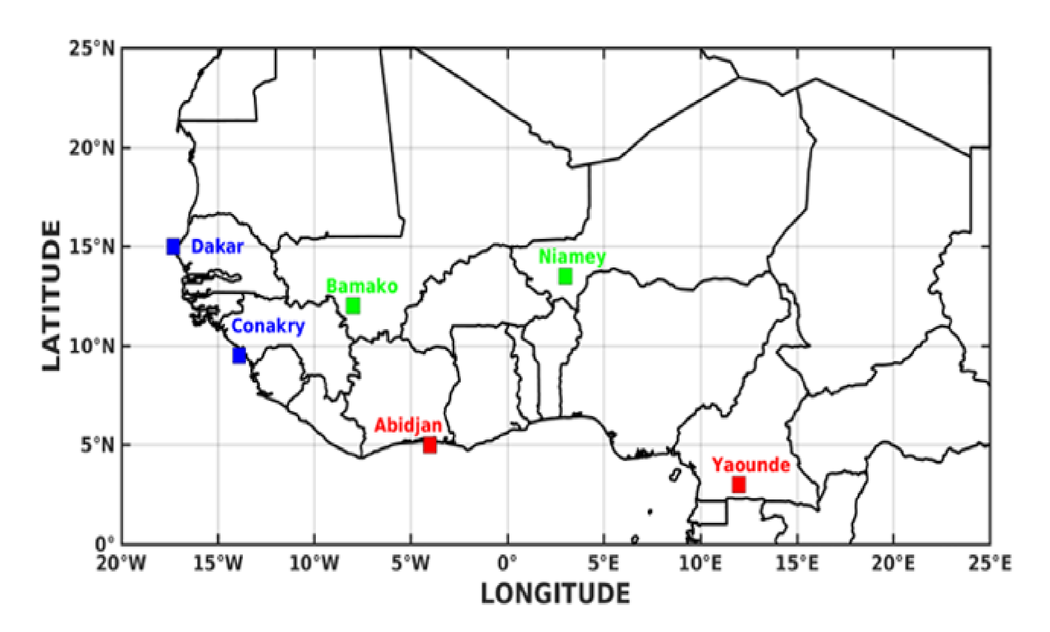


Figure 1 : Présentation de la zone d'étude : en bleu, les villes de la côte ouest (Conakry et Dakar) ; en vert, les villes continentales (Bamako et Niamey) ; en rouge, les villes des pays du golfe de Guinée (Abidjan), comme l'est Yaoundé par ailleurs.

Après l'analyse globale, en Afrique de l'Ouest, des cas confirmés de Covid-19, de personnes guéries et de décès, l'étude porte sur les coévolutions entre les données climatiques (température de l'air, humidité relative, vent méridien) et les jours de forts cas confirmés de Covid, c'est-à-dire les jours où la variation du nombre de cas dans chaque ville sur la période d'étude est supérieure à l'écart type. Pour ces jours particuliers de forts cas de Covid-19, la corrélation de Pearson est calculée pour mesurer l'existence et la force d'une relation linéaire entre les variables climatiques et le nombre de cas confirmés (Sedgwick, 2012 ; Akoglu, 2018). Selon Cohen, (1992). Lorsque deux variables sont corrélées, le changement d'amplitude d'une variable est associé à un changement d'amplitude de l'autre variable, soit dans le même sens (corrélation positive), soit dans le sens opposé (corrélation négative) (Schober et al., 2018).

Covid-19 dans les pays d'Afrique de l'Ouest : contexte climatique et retour sur les faits

Contexte climatique et Covid-19 à Abidjan, Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire est située le long du golfe de Guinée, en bordure de l'océan Atlantique Sud, et sa capitale Abidjan a une situation côtière. C'est le principal centre urbain du pays. Influencé par la mousson et l'Harmattan, son climat varie d'un milieu équatorial de transition au sud du pays (avec deux saisons des pluies) à un climat tropical de transition au nord (avec une saison des pluies). Les précipitations augmentent du nord au sud et influencent considérablement les régimes des cours d'eau.

Comme l'ensemble des pays africains, la Côte d'Ivoire a mis en place des mesures face à la pandémie de Covid-19 dès mars 2020 qui ont intégré la majorité des dispositifs du continent africain (couvre-feu, fermetures des lieux de rassemblements, promotion des gestes barrières, obligation de port du masque

dans les lieux publics fermés, etc.) du premier trimestre 2020. En ce sens, la Côte d'Ivoire, comme l'ensemble des pays africains, a mis en œuvre les dispositifs d'urgence et de prévention prescrits par l'OMS suite à l'épidémie Ebola qui a frappé l'Afrique de l'Ouest entre 2013 et 2015.

Le pays présente la particularité d'avoir fermé Abidjan, la plus grande ville de Côte d'Ivoire lors de la première vague et d'avoir pris en charge les détresses respiratoires, ce qui le distingue des pays voisins et d'une partie de ses homologues africains. La fermeture d'Abidjan a eu un impact inédit sur la trajectoire de la pandémie dans le pays. En effet, de la première vague à la situation actuelle, Abidjan concentre 95 % des cas de Covid de tout le pays, suivant les estimations officielles disponibles. Avec une létalité relativement faible, la Côte d'Ivoire comptait en 2021 entre 30 000 et 60 000 cas diagnostiqués et en septembre 2022 un peu plus de 80 000 cas. Elle a engagé une campagne de vaccination grâce à l'initiative internationale Covax dès le mois de mars 2021. Au-delà du cas ivoirien, il convient de porter un regard synoptique sur les situations et les réponses des autres pays et leur contexte climatique.

Contexte climatique et Covid-19 à Conakry, république de Guinée

La position géographique de Conakry entre l'océan et le mont Kakoulima qui forme une barrière et favorise le Foehn. Ce dernier qui est chaud et sec souffle en amont d'une montagne et se refroidit en surmontant celle-ci, ce qui peut être favorable à l'initiation de la convection.

Selon l'Agence nationale de la sécurité sanitaire (ANSS) de Guinée, le premier cas de Covid-19 et le premier décès ont été enregistrés à Conakry, respectivement le 12 mars et le 16 mars 2020. Le 13 mai 2020, le nombre total de cas confirmés de Covid-19 en Guinée était de 8 739, dont 4 115 déclarés guéris tandis que le nombre total de décès atteignait 29. Le nombre total de cas actifs à la même date était de 1 076. En effet, les travaux de Kanté et al. (2021) sur Conakry montrent l'existence d'une corrélation entre les facteurs météorologiques (température et l'humidité relative) et la Covid-19 dans cette ville.

Contexte climatique et Covid-19 à Dakar, Sénégal

La position géographique du Sénégal, à l'extrémité occidentale de l'Afrique, explique que son climat soit influencé par des processus à la fois océaniques et continentaux (Fall et al., 2006). Le climat de Dakar est tropical aride, avec une longue saison sèche de novembre à mai, et une saison plus chaude, humide et pluvieuse qui s'étend approximativement de juillet à début octobre. La saison sèche dure généralement 6 mois dans le Sud (de novembre à avril) et 8 à 10 mois dans le Nord ; des vents océaniques frais et humides soufflent du nord, et de la brume peut parfois se former au-dessus de zone côtière. En raison de son emplacement, le climat est plus doux que dans le reste du Sénégal à cause de sa proximité océanique.

Comme les autres pays d'Afrique subsaharienne, le Sénégal était déjà confronté à un certain nombre de défis au début de la pandémie (Middendorf et al., 2021). Depuis que le premier cas de Covid-19 a été confirmé au Sénégal le 2 mars 2020 (ministère de la Santé et de l'Action sociale, 2020), le gouvernement a pris des mesures pour endiguer la propagation et l'impact du virus (Faye et al., 2020). Ainsi, en plus des couvre-feux, les écoles, les universités et les lieux de culte ont été fermés, les services de transport ont été réduits et des règles d'hygiène strictes ont été imposées (Unesco, 2020). Malgré ces actions rapides, la Covid-19 représente toujours une menace élevée pour le pays (Agence nationale de la statistique et de la démographie, 2020).

Les travaux de Diouf et al. (2021) montrent que, dans le Sahel, le Sénégal connaît l'expansion la plus rapide des cas de Covid-19. Ceux-ci sont cohérents avec les résultats de Faye et al., (2020), qui montrent l'existence d'une relation entre la pandémie de Covid-19 (cas confirmés, cas actifs, cas récupérés et décès signalés), la population et la densité. En termes de nombre de cas infectés, la région de Dakar représente l'épicentre de la pandémie avec 80,5 % des cas infectés du pays, suivie de Diourbel avec 8,3 %, Thiès avec 3,9 %, Sédhiou avec 2 % et, pour le reste des régions, le pourcentage reste inférieur à 1,5 % (Faye et al., 2020). Il en est de même pour le total des cas actifs, des cas guéris et des cas décédés, pour lesquels Dakar enregistre respectivement 69,1 %, 85,8 % et 73,8 % (Faye et al., 2020).

Contexte climatique et Covid-19 à Bamako, Mali

Le Mali est un pays enclavé d'Afrique de l'Ouest. Sa capitale Bamako, située en zone soudanienne, bénéficie d'un climat tropical sec et humide avec des températures maximales moyennes supérieures à 30 °C. Bamako est très chaud en moyenne toute l'année; les mois les plus chauds sont mars, avril et mai et la saison des pluies est unimodale, le début des pluies se produisant dans les principales zones agricoles de mai à juillet et se terminant en septembre ou octobre (Toure et al., 2017).

Selon le ministère de la Santé et des Affaires sociales du Mali (2020), le pays a enregistré les deux premiers cas de Covid-19 à Kayes le 25 mars 2020 et Bamako le 26 mars 2020 (dans la Commune III). Dès lors, l'épidémie s'est propagée dans la plupart des régions sanitaires (Togola et al., 2021). À la date du 2 août 2020, le district de Bamako était le plus touché, avec 1 207 cas de Covid-19, dont 105 dans la Commune III de Bamako (ministère de la Santé et des Affaires sociales du Mali, 2 août 2020). De multiples efforts ont été réalisés par l'État et ses partenaires dans le cadre de la surveillance épidémiologique des maladies à potentiels épidémiques à travers l'équipement, le recrutement et la formation du personnel (Togola et al., 2021). Le système de surveillance des maladies existe au Mali depuis plusieurs décennies avec une collecte systématique des données sanitaires (ministère de la Santé et des Affaires sociales du Mali, 2020).

Contexte climatique et Covid-19 à Niamey, Niger

La République du Niger présente au nord, un type de climat saharien, désertique et chaud selon la classification de Köppen (Kottek et al., 2006) car le désert s'étend sur environ les deux tiers de la superficie du pays, tandis qu'au sud, le climat semi-aride chaud crée une prédominance de la savane sahélienne (Bigi et al., 2018). La capitale Niamey couvre une superficie de 255 km^2 pour une population de 1 802 910 habitants en 2018, ce qui en fait la ville la plus peuplée du Niger.

Ce pays est le plus grand d'Afrique de l'Ouest, avec une économie vulnérable, un faible niveau d'alphabétisation, un manque d'infrastructures et un accès limité aux soins (African Wildlife Foundation, 2020). Par ailleurs, le Niger fait actuellement face à des attaques armées et des enlèvements (Garda World, 2020), qui ont sans aucun doute aggravé la crise sanitaire (Tchole et al., 2020). Le 19 mars 2020, un magasinier nigérian de 36 ans, qui avait récemment voyagé à l'étranger, a été le premier cas de Covid-19 au Niger (Agency Niger Press, 2020). En 15 jours, 120 patients ont été positifs au Sars-Cov-2 (OMS, 2020). Par la suite, la Covid-19 s'est rapidement répandu et les admissions de cas de Covid-19 ont bondi entre entre le 8 et le 12 avril 2020, avec un pic le 10 avril 2020 (Aminou et al., 2021).

Selon le rapport de situation du ministère de la Santé publique à la date du 25 juin 2020, 1 059 cas cumulés ont été enregistrés sur l´ensemble du territoire, dont 75,60 % des cas (soit 801 cas) dans la communauté urbaine de Niamey (ministère de la Santé publique, 2020). Au cours de cette pandémie, le personnel de santé a payé un lourd tribut avec 184 cas confirmés sur 1 059, soit 17,40 % (MSP, 2020). Ce constat pourrait s'expliquer, d'une part, par l'absence de précautions pour la prévention et le contrôle des infections (PCI), et, d'autre part, par la nouveauté de la maladie dans le système sanitaire (Baissa et al., 2020).

Climat et Covid : vers des pistes multifactorielles

L'étude des relations entre la Covid-19 et les facteurs climatiques à Bamako, Niamey, Conakry, Dakar, Abidjan et Yaoundé apporte un certain nombre de résultats. Le résultat des corrélations entre les forts cas de Covid-19 et les facteurs climatiques à Bamako et à Niamey sont présentés sur la Figure 2. À Bamako, des corrélations négatives entre les jours de forts cas de Covid-19 et les facteurs climatiques, notamment la température (Figure 2b) et les vents méridiens (Figure 2c), sont obtenues sans être significatives : une baisse des températures et un renforcement des vents du nord (généralement secs et chargés en poussières) sont des conditions favorables à une augmentation des forts nombres de cas confirmés de Covid-19 ; en revanche, on ne peut conclure que les périodes de forte humidité sont des conditions favorables à une augmentation des contaminations (Figure 2a). Niamey présente une situation contraire à celle de Bamako, alors que les deux pays ont les mêmes conditions climatiques sahéliennes. En effet, à Niamey, la corrélation entre les jours de forts cas de Covid-19 et l'humidité

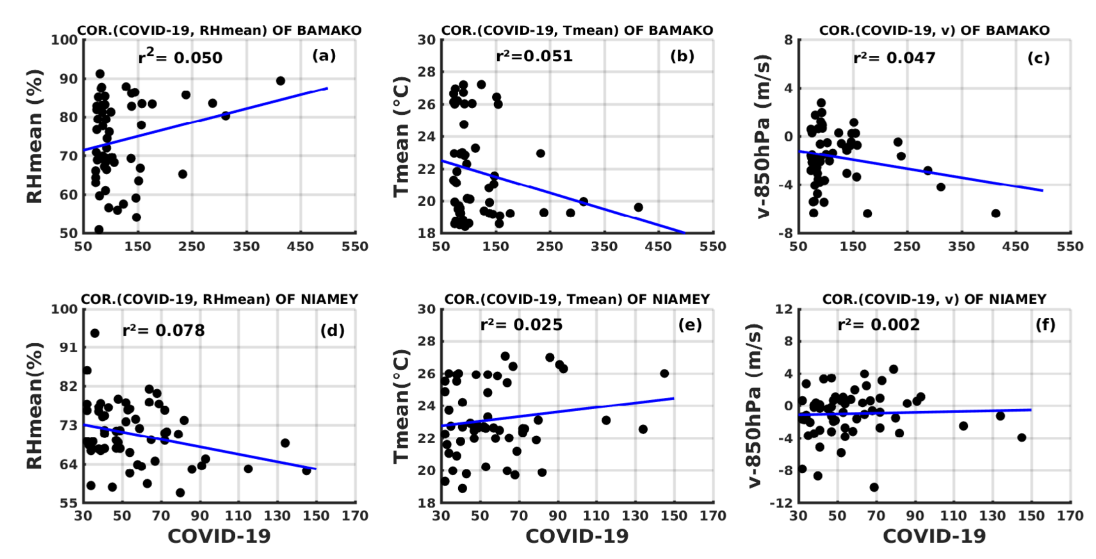


Figure 2 : Corrélation entre les forts cas de Covid-19 et les facteurs climatiques (RHmean, t 2 m v850 hPa) à Bamako (a, b et c) et à Niamey (d, e et f). Les coefficients de corrélation sont indiqués par la valeur r2.

relative (Figure 2d) est négative. La corrélation avec le vent méridien est très faible parce qu'en moyenne, quel que soit le nombre de cas, le vent varie peu (faible pente de la régression). De même, les faibles variations moyennes de température sont peu significatives par rapport au nombre de cas, en comparaison avec la situation de Bamako.

La Figure 3 montre qu'à Dakar comme à Conakry, même si les valeurs de coefficients de corrélation sont très faibles, une baisse de l'humidité relative ou une baisse des températures ou un renforcement des vents soufflant du nord semblent être des conditions météorologiques favo-rables à une augmentation de forts cas de contamination confirmés de Covid-19. Les tendances à Abidjan et Yaoundé semblent être qualitativement similaires à celles de Dakar et Conakry. Pour autant, dans les cas d'Abidjan et Yaoundé, les valeurs des coefficients de corrélation sont généralement très faibles, suggérant un rôle moindre des variables climatiques étudiées dans l'évolution des jours de fortes contaminations.

Les tendances issues de cette étude comparative entre des villes ayant des contextes climatiques similaires démontrent que la température de l'air, l'humidité relative et la vitesse des vents pourraient jouer un rôle dans la hausse des cas de contaminations malgré des corrélations très

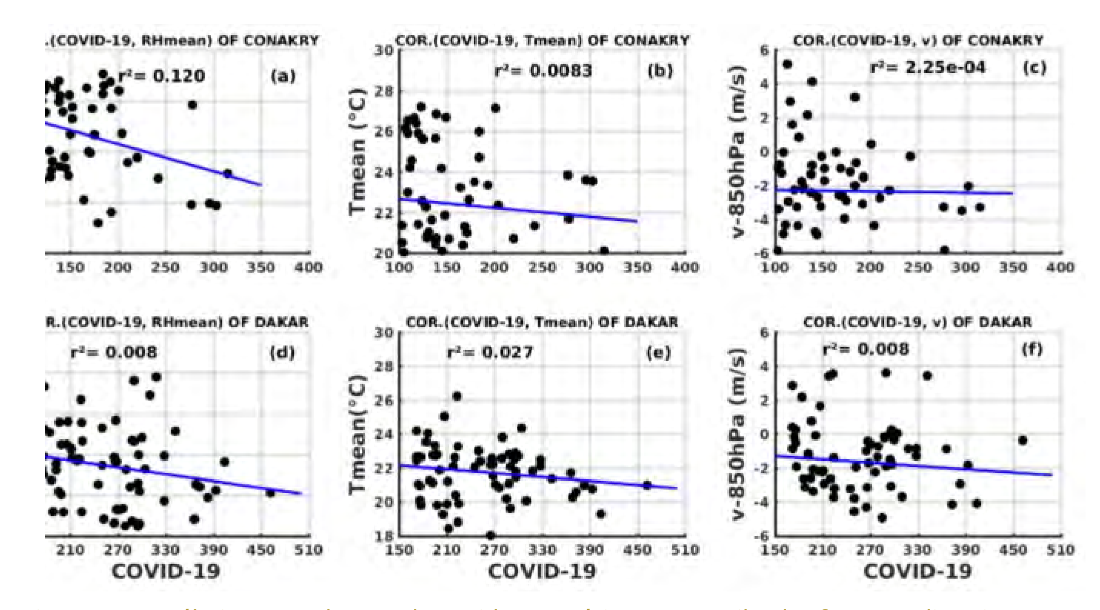


Figure 3 : Corrélation entre les cas de Covid-19 supérieurs au seuil et les facteurs climatiques (RHmean, t 2 m, v850 hPa) de Conakry (a, b et c) et de Dakar (b, e et f). Les coefficients de corrélation sont indiqués par la valeur r2.

faibles, voire insignifiantes, comme dans les études précédentes sur d'autres continents. Des analyses complémentaires sont nécessaires pour décrire l'influence relative de chaque variable selon la position géographique de la ville. Par ailleurs, ces résultats soulignent la nécessité de mener des recherches additionnelles et des analyses multivariées pour évaluer l'impact potentiel des types de temps avec des indicateurs contrastés combinant à la fois, la température, l'humidité et le vent. Dans cette perspective, il serait instructif de comprendre comment le nombre de cas de contaminations évolue pendant les jours associés à des baisses de température, d'humidité (secs) et à des forts du nord, et de comparer aux jours chauds, humides avec des vents du sud. Enfin, considérant le temps d'incubation du virus, l'analyser devrait inclure les conditions météorologiques moyennes 5 à 10 jours avant les jours de pics de contaminations.

La réponse institutionnelle à la Covid-19 en Côte d'Ivoire

Connaissances actuelles : un changement de paradigme en Afrique et en Côte d'Ivoire

Le premier cas de Covid-19 en Côte d'Ivoire a été diagnostiqué le 11 mars 2020 sur un ressortissant ivoirien de 45 ans de retour d'Italie, hospitalisé au CHU de Treichville à Abidjan. Depuis lors, le pays a connu, à la date du 15 janvier 2022 quatre vagues épidémiques successives (Tableau 3).

Vagues épidémiques	Périodes
1re vague	Juin à juillet 2020
2e vague	Décembre 2020 à mars 2021
3e vague	Juillet à septembre 2021
4e vague	Depuis décembre 2021

Tableau 3 : Vagues épidémiques de Covid-19 en Côte d'Ivoire entre juin 2020 et décembre 2021 (source : institut Pasteur de Côte d'Ivoire).

Le 3 septembre 2022, la Côte d'Ivoire comptait 86 779 cas confirmés cumulés pour 819 décès. Le taux de létalité atteignait 0,9 %, parmi les plus faibles en Afrique de l'Ouest. Ces résultats sont en partie liés à la réponse institutionnelle ivoirienne, conforme à la précocité des réponses des autorités africaines depuis le début de la pandémie (éboko & Schlimmer, 2020). Faisant suite à l'alerte mondiale de l'OMS demandant à tous les pays d'activer les Centres des opérations d'urgence sanitaire, le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique a activé le 31 décembre 2019 son Centre des opérations d'urgence en santé publique (COUSP), avec la mise en place d'un comité de crise afin de mieux gérer le risque de contraction et de propagation de la maladie. Dans ce cadre, le COUSP a élaboré un plan d'urgence qui est en cours d'exécution (cabinet du Premier ministre, mars 2020 : 3).

Deux mesures différencient la réponse ivoirienne des autres pays d'Afrique de l'Ouest et centrale : la fermeture d'Abidjan et la qualité de la prise en charge des détresses respiratoires.

Une réponse précoce

Ainsi, le 20 juin 2020, l'Afrique comptait un décès pour 10 798 habitants, l'Europe un décès pour 3 886 habitants, les États-Unis un décès pour 2 754 habitants. Bien que certains pays africains (Afrique du Sud, Maroc, Mali, Sénégal, etc.) connussent une « seconde vague » et que la Côte d'Ivoire ait été confrontée à une accélération de la pandémie dès le début de l'année 2021, la situation ivoirienne a bénéficié des mesures prises en mars-avril 2020. En effet, la « fermeture d'Abidjan » du 26 mars au 15 juillet 2020 a permis de contenir la pandémie dans la capitale économique, qui constitue aussi le maillage sanitaire le plus important du pays. Quelque 577 bars ont fermé dans le district d'Abidjan et l'état d'urgence s'est prolongé jusqu'au 30 juillet. Le Premier ministre ivoirien, feu Mamadou Gon

Coulibaly a annoncé, le 31 mars 2020, un « Plan de soutien économique, social et humanitaire » d'un montant de « 1 700 milliards de francs CFA » (2,6 milliards d'euros), soit « environ 5 % du PIB » ivoirien. Au moment précis de cette annonce la Côte d'Ivoire comptait un seul décès (Eboko & Schlimmer, 2020). Les figures 4 et 5 permettent de mesurer, sur une durée de deux ans, l'impact épidémiologique de cette mesure politique.

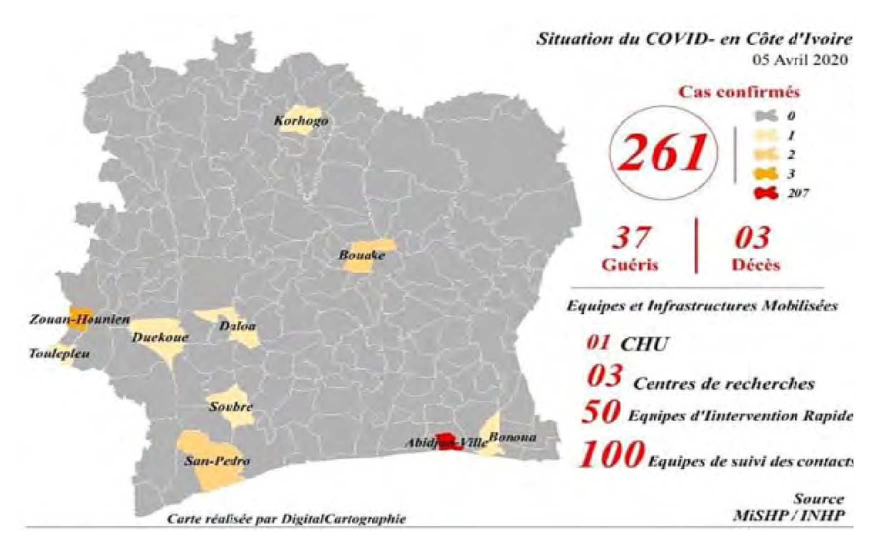


Figure 4 : Les premiers impacts de la fermeture d'Abidjan sur la diffusion de la maladie en Côte d'Ivoire le 5 avril 2020 (source : Institut national de santé publique de Côte d'Ivoire).

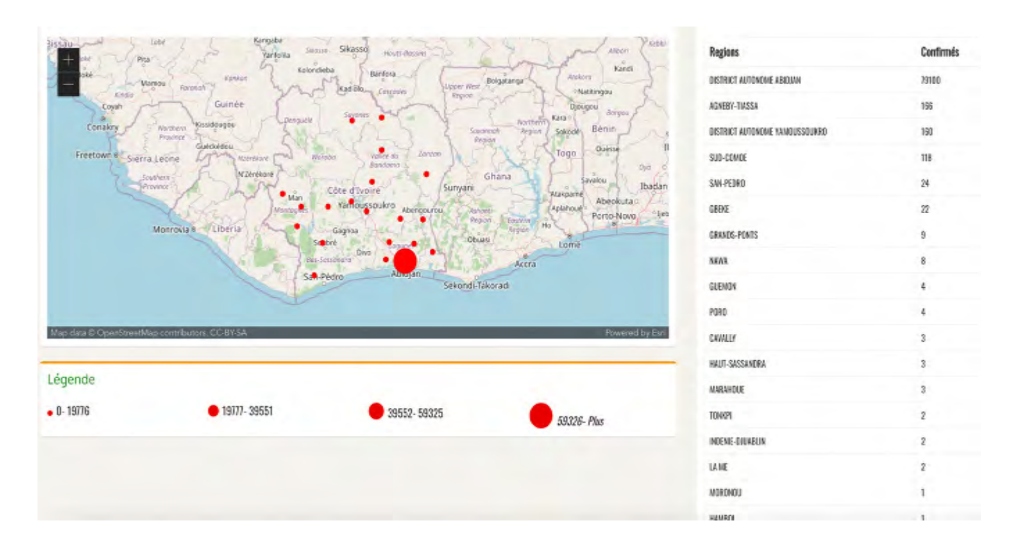


Figure 5 : L'impact durant deux ans de la fermeture d'Abidjan sur la diffusion de la maladie en Côte d'Ivoire (septembre 2022).

D'une vague à l'autre

L'impact de la pandémie ayant été plus faible en Afrique qu'ailleurs, le relâchement des mesures barrières a été constaté sur l'ensemble du continent, de Dakar à Abidjan et de Yaoundé à Accra. En comparaison avec les pays africains qui comptent un nombre équivalent de personnes infectées par la Covid-19, la Côte d'Ivoire (88 870 cas) a enregistré 3 à 4 fois moins de décès à la fin du mois d'avril 2021. Cette situation est liée à la spécificité du cas de la Côte d'Ivoire, qui a pris des mesures similaires aux autres pays, notamment dans les villes[4], auxquelles s'ajoute la fermeture d'Abidjan. Sans porter de jugement sur l'efficacité des traitements, notons aussi que la Côte d'Ivoire a très vite abandonné

4 « La Covid-19 dans les villes africaines : Impacts, ripostes et recommandations politiques », *ONU-Habitat*, 2020, p. 4, disponible sur : https://unhabitat.org

l'hydroxychloroquine[5], alors que la plupart des pays, tels le Sénégal ou le Cameroun y ont eu recours jusque très récemment. Le virus a été relativement cantonné dans Abidjan, qui abrite le seul aéroport international par lequel il a pénétré dans le pays. La concentration des centres de prise en charge dans la même ville a permis d'apporter une réponse appropriée à ce cantonnement viral au sein du district autonome d'Abidjan.

Des compétences et un concours de circonstances pour la prise en charge des patients

La majorité des patients décédés dans les villes d'Afrique subsaharienne concernées par cet article nécessitaient une assistance respiratoire. À Abidjan, l'oxygène a été fourni par la société Air Liquide sans discontinuité, contrairement à d'autres pays. Les manifestations culturelles, plus que les regroupements cultuels, ont été des occasions de réduction des gestes barrières, notamment le relatif abandon du port du masque dans des lieux fermés. Qu'il s'agisse du concert du chanteur Singuila du 10 décembre 2020 à Abidjan, des festivités de fin d'année ou encore des rassemblements suite au décès le 10 mars 2021 du Premier ministre Hamed Bakayoko (deuil national), ces événements ont contribué à une augmentation des cas de Covid de manière peu discutable. La figure 6 en est l'illustration.

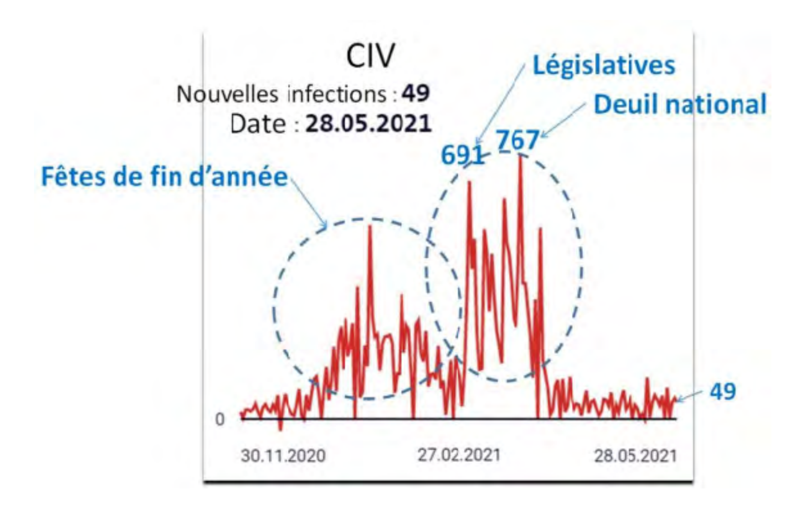


Figure 6 : rassemblements et hausse des cas de Covid en Côte d'Ivoire en 2020 et 2021 (source : Institut national de la santé publique, 2021).

La troisième vague en 2020 a également pris les contours d'une « épidémie middle class », en lien avec les vacanciers de Noël en provenance d'Europe, suivant le témoignage d'un membre de l'équipe de l'institut Pasteur d'Abidjan dédié aux prélèvements et à l'analyse des tests PCR (polymerase chain reaction) de Covid-19.

Conclusion : les conditions sociales des évolutions des cas de Covid, au-delà du climat

Les travaux présentés ici mettent en évidence qu'un lien entre les variations climatiques et les contaminations n'est pas clairement établi, et que l'impact de ces variations climatiques n'est pas le facteur le plus déterminant dans les villes africaines considérées. Les variations de l'incidence des cas de Covid-19 sont multifactorielles, avec une prédominance d'impact des comportements humains par rapport au rôle du climat, par ailleurs réel, mais non cerné encore. Dans le cas d'Abidjan, la deuxième vague, au début de l'année 2021, est grandement liée à la baisse du respect des mesures barrières sous la pression de la période festive des vacances de Noël et à d'autres évènements signalés précédemment.

5 Le protocole ivoirien pour les cas cliniques sans comorbidité et sans épisode clinique exceptionnel est le suivant : Prédnisolone (15 mg × 3/jour) ; Azithromycin (500 mg/jour) ; Acétylcystéine (200 mg × 3/jour) ; Amoxxicilline (1 g × 2/jour + acide clavulanique (125 mg × 2/jour) pendant 8 jours.

Le climat dans ce contexte constitue une variable mineure. Ce qui a pénalisé les sociétés de « l'âge l'abondance » (Sahlins, 1976), ce sont les modes de vie et les infrastructures liées à la capacité des sociétés de consommation à s'entasser dans les avions, métros, trams, train, etc.

L'économie néolibérale s'est affichée comme productrice de ce qu'il est possible de nommer aujourd'hui « les politiques d'entassement ». Un raisonnement par l'absurde permet de proposer l'idée que les pénuries de toutes sortes qui jalonnent la vie quotidienne en Afrique sont génératrices de leçons de vie. La majorité des Africains entre 50 et 60 ans qui sont décédés de la Covid-19 en Afrique auraient survécu dans des pays ayant des systèmes de santé dignes de ce nom. Une étude transversale menée par les équipes du centre hospitalier universitaire de Treichville à Abidjan sur 1 230 personnes, âgées en moyenne de 37 ans, testées positives, symptomatiques à la Covid-19 et prises en charge sur des sites de confinement (hôtels) montre les éléments suivants : un délai moyen de négativité de 15 jours (plus ou moins 4 jours); un retour à domicile de 98,7 % des cas tandis que 1,3 % des cas ont été transférés en milieu hospitalier (Kouakou, Éholié et al., 2022, p. 180). La jeunesse des populations africaines, caractéristique soulevée dès le début de la pandémie, confirme être le critère principal de la faible mortalité des populations africaines (exceptées l'Afrique australe et l'Afrique du Nord) par rapport au reste du monde. Cette variable de l'âge met en évidence que la Covid-19 touche en priorité les personnes âgées.

Néanmoins, si les Ivoiriens ont connu une létalité plus faible que leurs voisins, cela tient à la concentration des malades dans la ville qui connaît la meilleure offre de soins du pays et une prise en charge sans pénurie d'oxygène pour les détresses respiratoires, quelle que soit la saison. Ce qui pose la question de la prise en charge des maladies non transmissibles en Afrique (Baxerres & Eboko, 2020), dont les « comorbidités » avec le Sars-Cov-2 sont la cause principale des décès liés à la Covid-19. Dans cette optique, les systèmes de santé africains, affaiblis mais « protégés » de l'hécatombe par la jeunesse de ses populations, ont traversé la crise sanitaire comme une allégorie de ceux que l'anthropologue Pierre Sansot (1928-2005) nommait « les gens de peu » : « partis de rien, arrivés à pas grand-chose mais qui n'ont de merci à dire à personne » (Sansot, 1991). À l'inverse, on peut considérer en Occident que ce n'est pas une fatalité de vivre tous entassés au quotidien. Ce qu'a révélé l'Afrique, c'est aussi l'impasse des raisonnements qu'Henri Bergson appelait l'associationnisme :

> « L'associationnisme a donc comme tort de substituer sans cesse au phénomène concret qui se passe dans l'esprit la reconstitution artificielle que la philosophie en donne, et de confondre ainsi l'explication du fait avec le fait lui-même » (Bergson, 2013, p. 123).

L'urgence paraît aujourd'hui d'améliorer les conditions de prise en charge des patients vulnérables pour éviter les décès. Il existe peu d'interrogations sur le taux de survie des patients infectés par la Covid-19, hospitalisés et en détresse respiratoire aiguë en Afrique subsaharienne. Il semble que l'Afrique et les Africains comprennent de plus en plus que leur place dans le monde est celle qu'ils se donnent eux-mêmes. Dans cette logique, l'organisation en Côte d'Ivoire de la première grande conférence scientifique sur la Covid-19 en Afrique de l'Ouest, organisée par le West African Consortium for Clinical Research on Epidemic Pathogens est un événement significatif pour l'Afrique. Cette manifestation a mis en lumière des résultats concrets issus de plus de 180 communications.

L'Afrique face à la Covid invite à penser l'économie morale de la vie, selon Didier Fassin dont l'ouvrage éponyme La Vie, publié en 2020, est presque un raisonnement prémonitoire de la pandémie de la Covid-19. Révéler les contradictions qui traversent l'économie morale de la vie ne rend pas les sociétés contemporaines plus justes, mais fournit des armes à celles et ceux qui veulent lutter pour les rendre plus justes (Fassin, 2018, p. 157).

Dans cette optique, les travaux présentés lors du colloque de la West African Consortium for Clinical Research on Epidemics Pathogens (WAC-CREP, 2022) tendent à montrer une adaptation sociale relative aux connaissances scientifiques. La vaccination en constitue un exemple important. D'après un questionnaire soumis à 1 061 individus dans les 6 districts d'Abidjan, 82,28 % connaissent l'existence du vaccin contre la Covid-19. 34,04 % croient en son efficacité, contrairement à 37,07 % qui n'y croient pas. Entre les deux groupes, 30,89 % des personnes avouent n'avoir aucune opinion (Kangah et al., 2022). De manière plus spécifique, les travaux de Kouassi et Irika (2022) portant sur la couverture vaccinale chez les plus de 50 ans montrent que 60 % de ces personnes se considèrent comme « personnes à risque

face à la Covid-19 ». Si seulement 46 % de ces personnes sont effectivement vaccinées, elles sont 88,4 % à penser que le port du masque est efficace pour se protéger. Parmi elles, 41 % n'ont pas confiance dans les vaccins; 4,6 % y sont hostiles de manière générale et 10 % soulignent des problèmes matériels pour se rendre dans les centres de vaccination. Si la diffusion « d'infox » (Djaha, 2021) a eu un impact en Côte d'Ivoire, dans tous les pays africains et au-delà, ces résultats nuancent l'idée d'une hostilité spécifique aux vaccins contre la Covid-19.

Une étude menée à domicile auprès de 207 familles de 8 communes d'Abidjan (Anoumatacky et al., 2022) montre que 90 % d'entre elles pensent qu'il s'agit d'une maladie mortelle. Pour autant, 37 % se pensaient « moyennement exposés » en 2020 contre 25 % en 2021. Cette contradiction sociale s'inscrit à contre-courant de l'évolution de la pandémie, qui a été plus forte en 2021 qu'en 2020. La peur est mauvaise conseillère, et ce phénomène était déjà connu et documenté dans les pandémies et épidémies précédentes.

Les personnes confrontées au risque de contracter la maladie et/ou d'en ressentir des effets délétères modifient leurs représentations de la maladie, y compris de manière contre-intuitive, en Afrique comme ailleurs. Par exemple, plus l'âge augmente, plus les personnes acceptent (ou refusent moins) d'être vaccinées. Une autre étude menée à Bouaké montre que, sur un petit effectif de 51 personnes, 68 % des personnes vaccinées et diagnostiquées positives affirment que le vaccin contre la Covid-19 les a « protégés contre des formes graves de la maladie » (Soumahoro, Irika et al., 2022 : 208).

La Côte d'Ivoire apparaît comme un cas d'école autour de l'hypothèse du rôle du climat, parmi d'autres facteurs. Cet exemple n'est pas loin d'être un écho involontaire, mais stimulant à l'analyse d'Achille Mbembe :

> Anticiper une présence potentielle, mais non encore avérée, et qui n'a pas encore revêtu de forme stable, devrait peut-être être le point de départ de toute critique à venir dont l'horizon est de forger un sol commun (Mbembe, 2020, p. 29).

Remerciements

Nous remercions les institutions et personnes suivantes :

- Institut de recherche pour le développement (IRD)
- Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique (MESRS) de Côte d'Ivoire
- Service des Maladies infectieuses et tropicales (SMIT). Centre hospitalier universitaire de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire
- Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI)
- Institut national de la santé publique (INSP) de Côte d'Ivoire
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique et de la Couverture Maladie Universelle de Côte d'Ivoire
- Université Félix Houphouët Boigny (UFHB) d'Abidjan
- Université Alassane Ouattara de Bouaké (UAOB)
- Valéry Riddle, IRD
- Ousmane Zina, Université Alassane Ouattara de Bouaké

Bibliographie

African Wildlife Foundation. (2020). More than 80 percent of this landlocked country is covered by the Sahara Desert. https://www.awf.org/country/niger

Agency Niger Press. (2020). Niger registers its first case of coronavirus (Official) (in French). http://www.anp.ne/?q=ar-ticle/le-niger-enregistre-son-premier-cas-de-coronavirus-officiel.

Akoglu, H. (2018). User's guide to correlation coefficients. *Turkish journal of emergency medicine*, *18*(3), 91-93. https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001

Aminou, M. S. M., Diawara, G. A., Moctar, M. H., Rabiou, S. A. N. I., Idrissa, E. T., Ibrahim, S. A., & Ambrose, T. A. L. I. S. U. N. A. (2021). Covid-19 Comorbidity and Non-Communicable Diseases (NCDs) General Reference Hospital (HGR), Niamey, Niger. *Journal of Infectiology and Epidemiology*, *4*(1). https://doi.org/10.29245/2689-9981/2021/1.1165.

Anoumatacky, A. P. N. M., & Yeo-Tenena, Y. J. M. (2022). Impact de la maladie à coronavirus sur les familles du grand Abidjan. *WAC*, 143 p.

Baissa, A. M., Hamani, S., Ali, M., Mouako, A. L., Anya, B. M., & Wiysonge, C. S. (2020). COVID-19 control in Niger: an assessment of infection prevention and control practices at healthcare facilities in the city of Niamey. *The Pan African Medical Journal*, *37*(1), 35. https://doi.org/10.11604/pamj.supp.2020.37.35.26512

Baldwin, P. (2021). *Fighting the first wave: Why the coronavirus was tackled so differently across the globe?*. Cambridge University Press, 385 p.

Baxerres, C., & Eboko, F. (dirs.) (2020). Global health : et la santé ?. *Politique africaine*, 156, 2019/4.

Bergson, H. (2013). *Essai sur les données immédiates de la conscience*. PUF, 322 p.

Bigi, V., Pezzoli, A., & Rosso, M. (2018). Past and future precipitation trend analysis for the City of Niamey (Niger): An overview. *Climate*, *6*(3), 73. http://dx.doi.org/10.3390/cli6030073.

Cabinet du Premier ministre. (mars 2020). *Plan de soutien économique, social et humanitaire contre le Covid-19*. Abidjan, Côte d'Ivoire.

Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*, *1*(3), 98-101. . https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783.

Deruelle, T. (2016). Bricolage or entrepreneurship? Lessons from the creation of the European centre for disease prevention and control. *European Policy Analysis*, *2*(2), 43-67. https://doi.org/10.18278/epa.2.2.4.

Diouf, I., Sy, S., Senghor, H., Fall, P., Diouf, D., Diakhaté, M., & Gaye, A. T. (2021). Potential contribution of climate conditions on Covid-19 pandemic transmission over West and North African countries. *Atmosphere*, *13*(1), 34. https://doi.org/10.1101/2021.01.21.21250231.

Djaha, J. F. (12 janvier 2021). *Polémiques en contexte de riposte au Covid-19 en Côte d'Ivoire : une netnographie des communautés Facebook, Webinaire APHRO-CoV*.

Eboko, F. (2021). *Public Policy lessons from the AIDS response in Africa*. Routledge, 200 p.

Eboko, F., & Schlimmer, S. (2020). Covid-19 : l'Afrique face à une crise mondiale. *Politique étrangère*, (4), pp. 123-134. https://doi.org/10.3917/pe.204.0123.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). Communicable Disease Threats Report, 19-25 April 2020, Solna Municipality. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-19-25-april-2020-week-17.

Fall, S., Niyogi, D., & Semazzi, F. H. (2006). Analysis of mean climate conditions in Senegal (1971–98). *Earth Interactions*, *10*(5), 1-40.

Fassin, D. (2018). *La vie-Mode d'emploi critique*. Média Diffusion, 192 p.

Faye, C., Gomis, E. N., & Diéye, S. (2020). Assessment of the Spatial and Temporal Trend of the COVID-19 Pandemic in Senegal. http://rivieresdusud.uasz.sn/xmlui/handle/123456789/346.

Garda World. (2020). Niger: Suspected Boko Haram attack on military base in Diffa region leaves 10 dead October 30. https://www.garda.com/crisis24/news-alerts/282416/niger-suspected-boko-haram-attack-on-military-base-in-diffa-region-leaves-10-dead-october-30.

Greer, S. L. (2012). The European Centre for Disease Prevention and Control: hub or hollow core?. *Journal of health politics, policy and law*, *37*(6), 1001-1030. https://doi.org/10.1215/03616878-1813817.

Grifoni, A., Weiskopf, D., Ramirez, S. I., Mateus, J., Dan, J. M., Moderbacher, C. R., & Sette, A. (2020). Targets of T cell responses to SARS-CoV-2 coronavirus in humans with COVID-19 disease and unexposed individuals. *Cell*, *181*(7), 1489-1501.

Hersbach, H. (2019). Global reanalysis: goodbye ERA-Interim, hello ERA5. *ECMWF newsletter*, *159*, 17.

Johannsen, F., Ermida, S., Martins, J. P., Trigo, I. F., Nogueira, M., & Dutra, E. (2019). Cold bias of ERA5 summertime daily maximum land surface temperature over Iberian Peninsula. *Remote Sensing*, *11*(21), 2570. https://doi.org/10.3390/rs11212570.

Kangah, O. M. A., & Yavo, W. (2022). Réactions sociales vis-à-vis de la vaccination anti-Covid-19 dans le Grand Abidjan. *WAC-REP*, pp. 1-6.

Kanté, I. K., Diouf, I., Millimono, T. N., & Kourouma, J. M. (2021). Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) in Conakry, Republic of Guinea: Analysis and Relationship with Meteorological Factors. *Atmospheric and Climate Sciences*, *11*(2), 302-323. https://doi.org/10.4236/acs.2021.112018.

Kottek, M., Grieser, J., Beck, C., Rudolf, B., & Rubel, F. (2006). World map of the Köppen-Geiger climate classification updated. http://dx.doi.org/10.1127/0941-2948/2006/0130.

Kouajou, A. G., & Éholié, S. P. (2022). Expérience de la prise en charge des cas simples de Covid-19 sur un site de confinement à Abidjan, Côte d'Ivoire. *WAC-REP*, 180 p.

Kouassi, D. P., & Irika, O. (2022). Couverture vaccinale de la Covid-19 chez les 50 ans et plus de la commune de Bouaké, Côte d'Ivoire. *WAC-REP*, 47 p.

Lone, S. A., & Ahmad, A. (2020). COVID-19 pandemic–an African perspective. *Emerging Microbes & Infections*, *9*(1), 1300-1308. https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1775132.

Lv, H., Wu, N. C., Tsang, O. T. Y., Yuan, M., Perera, R. A., Leung, W. S., & Mok, C. K. (2020). Cross-reactive antibody response between SARS-CoV-2 and SARS-CoV infections. *Cell reports*, *31*(9), 1-6.

Ma, Y., Zhao, Y., Liu, J., He, X., Wang, B., Fu, S., & Luo, B. (2020). Effects of temperature variation and humidity on the death of COVID-19 in Wuhan, China. *Science of the total environment*, *724*, 138226. https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138226.

Mahieu, R., & Dubée, V. (2020). Caractéristiques cliniques et épidémiologiques de la Covid-19. *Actualités pharmaceutiques*, *59*(599), 24-26.

Mbembe, A., (2020). *Brutalisme*. La Découverte, 240 p.

Middendorf, B. J., Faye, A., Middendorf, G., Stewart, Z. P., Jha, P. K., & Prasad, P. V. (2021). Smallholder farmer perceptions about the impact of COVID-19 on agriculture and livelihoods in Senegal. *Agricultural Systems*, *190*, 103108. https://doi.org/10.1016/j.agsy.2021.103108.

Milleliri, J. M., Coulibaly, D., Nyobe, B., Rey, J. L., Lamontagne, F., Hocqueloux, L., & Prazuck, T. (2021). SARS-CoV-2 infection in Ivory Coast: a serosurveillance survey among gold mine workers. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *104*(5), 1709. https://dx.doi.org/10.4269%2Fajtmh.21-0081.

Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS). (2020). Informations sur le coronavirus. http://www.sante.gouv.sn/Pr%C3%A9sentation/coronavirus-informations-officielles-et-quotidiennes-du-msas.

Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Mali, 2 août 2020, Mali_sitrep_Covid-19, Institut National de la Santé, 109.

Ministère de la Santé et des Affaires Sociales du Mali (MSASM). (2020). Annuaire statistique du Système national d'information sanitaire 2018, Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé Développement social et Promotion de la famille (CPS/SS-DS-PF).

Ministère de la Santé publique (MSP). (25 juin 2020). Secrétariat général : comité technique de gestion de la réponse à la pandémie du Coronavirus (Covid-19). Niger, pandémie coronavirus (Covid-19) : rapport de situation, 81, Niamey, Niger.

Nguimkeu, P., & Tadadjeu, S. (2020). Why is the number of COVID-19 cases lower than expected in Sub-Saharan Africa? A cross-sectional analysis of the role of demographic and geographic factors. *World Development*, *138*, 105251. https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105251.

OMS. (2020). *Coronavirus Desease 2019 (Covid-19)*. Situation Report.

Sahlins, M. (1976). *Age de pierre, âge d'abondance. L'économie des sociétés primitives*. Gallimard, 420 p.

Sansot, P. (1991). *Les gens de peu*. Presses universitaires de France.

Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesthesia & analgesia*, *126*(5), 1763-1768.

Sedgwick, P. (2012). Pearson's correlation coefficient. *Bmj*, *345*. https://doi.org/10.1136/bmj.e4483.

Sharma, G. D., Bansal, S., Yadav, A., Jain, M., & Garg, I. (2021). Meteorological factors, COVID-19 cases, and deaths in top 10 most affected countries: an econometric investigation. *Environmental Science and Pollution Research*, *28*, 28624-28639. https://doi.org/10.1007/s11356-021-12668-5.

Soumahoro, S. I., & Irika, O. (2022). Regards sur la vaccination anticovid19 par les sujets diagnostiqués positifs après celle-ci à l'antenne régionale d'Hygiène Publique de Bouaké. *WAC-REP*, 208 p.

Tchole, A. I. M., Li, Z. W., Wei, J. T., Ye, R. Z., Wang, W. J., & Du, W. Y. (2020). Cheeloo EcoHealth Consortium (CLEC). *Epidemic and control of COVID-19 in Niger: quantitative analyses in a least developed country. J Glob Health*, *10*(2), 020513. http://dx.doi.org/10.7189/jogh.10.020513.

Togola, O. B., Soumaré, M. D., Mariame, L. C., Kayembé, K., Sangho, O., Koné, Y., & Traoré, B. (2021). Etude descriptive des cas de Covid-19 en commune III de Bamako du 26 mars au 27 aout 2020. *Mali medical*, *36*(2).

Unesco. (2020). Covid-19 au Sénégal : Des mesures fortes pour endiguer la contagion. *United Nations Economic*. https://fr.unesco.org/news/covid-19-au-senegal-mesures-fortes-endiguer-contagion .

Vidal, L., Eboko, F., & Williamson, D. (2020). Le catastrophisme annoncé, reflet de notre vision de l'Afrique. *Le Monde Afrique*, *9*.

Wang, H., Paulson, K. R., Pease, S. A., Watson, S., Comfort, H., Zheng, P., & Murray, C. J. (2022). Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21. *The Lancet*, *399*(10334), 1513-1536. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3.

Yuan, L., Zhi, N., Yu, C., Ming, G., Yingle, L., Kumar, G. N., & Ke, L. (2020). Aerodynamic characteristics and RNA concentration of SARS-CoV-2 aerosol in Wuhan hospitals during COVID-19 outbreak. *BioRxiv*. http://doi.org/10.1073/pnas.0806852106.

Covid-19, Institutional Responses and the Role of Climate

A Comparative Study Between Côte d'Ivoire and Other West African Countries

Fred Eboko
Political scientist, IRD Representative in Côte d'Ivoire
Université Paris-Cité, IRD, Inserm, France
fred.eboko@ird.fr ; https://orcid.org/0000-0003-3877-6341

Ibrahima Khalil Kanté
Oceanographer, S. Fongang Atmosphere and Ocean Physics Laboratory (UCAD), Senegal
Teaching and research laboratory in applied energy in Conakry, Guinea
ibrahima.kante@ucad.edu.sn ; https://orcid.org/0000-0001-8607-667

Arona Diedhiou
Climatologist, LASMES, African Center of Excellence on Climate Change
Félix Houphouët Boigny University, Ivory Coast
arona.diedhiou@ird.fr

How to cite this paper:
Eboko, F., Kanté, I.K., Diedhiou, A. (2022). Covid-19, Institutional Responses and the Role of Climate
A Comparative Study Between Côte d'Ivoire and Other West African Countries. *Global Africa*, (2), pp. 55-69.
https://doi.org/10.57832/trm0-3614

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

Abstract

This paper analyzes Côte d'Ivoire's institutional response to the spread of Covid-19 and explores the measures beyond political control, especially the impact of environmental variations, by comparing the Ivorian case to other West African countries, to deconstruct misconceptions about the propagation of Covid-19 in Africa and suggests a rereading of Africa's place in the collective imaginaries, including at the scientific level.The approach uses political science, which pays particular attention to national political trajectories in relation to institutional responses to the Covid-19. In the subtitle of his book, American political historian Peter Baldwin (2021) asks the question that runs through our contribution: "Why has the fight against the coronavirus been so different around the world?" Our approach to the problem, based on a broadly defined multifactorial one, attempts to refine the overly encompassing factors, putting each of the empirical factors into a national, or in Côte d'Ivoire's case, even a local context. The lockdown imposed by the authorities on Abidjan (Côte d'Ivoire's capital) from March 26 to July 15, 2020, for example, was a major event in the country's response to the Covid-19 pandemic. The paper is borne out of our transdisciplinary research (in political science, sociology, climatology, meteorology, atmospheric physics, and oceanography) presented at the West African Consortium for Clinical Research on Epidemics Pathogens (WAC-CREP, 2022) international symposium in March 2022 in Yamoussoukro.

Keywords

Covid-19, Climate, Côte d'Ivoire, Prevalence, West Africa, Policy Response

Introduction

The emergence of Covid-19 raised considerable concern in Africa (Jessani et al., 2020; Vidal et al., 2020). Yet, official infection and death figures from the disease have remained relatively lower than in other regions of the world (Table 1), except in Northeast Asia, where morbidity and case fatality are relatively low. These data also show that the number of deaths from the virus in Côte d'Ivoire is three times lower than in other African countries, with between 80,000 and 170,000 infections.

Country /region	Population	Number of cases	Casualties
United States	328 million	94.8 million	1.04 million
Europe (54 countries)	747.18 million	250,191,179	2,084,987
Sub-Saharan Africa	1.66 billion	8,794,087	173,301
Côte d'Ivoire	25.07 million	88,870	820
Senegal	17.24 million	88,153	1,968
Cameroon	26.57 million	122,000	1,935
South Africa	57 million	4,010,000	102,000

Table 1: Distribution of Covid-19 cases in selected regions and countries, including Côte d'Ivoire on 07/09/2022 (source: afro.who.int; who.int/europe; coronavirus-statistics.com).

It is particularly important to distinguish between public action and the climate issue, which is beyond immediate political control. As one of the most vulnerable regions to epidemiological and climatic shocks, Africa is receiving international attention (Lone & Ahmad, 2020). Climatic factors therefore deserve special attention in a pandemic that spreads through multiple factors and ways. Meteorological variables such as air temperature, humidity, or solar radiation act differently on coronavirus survival in Africa, compared to other continents (Yuan et al., 2020). For example, research in 2020 documented the relationship between meteorological factors (temperature, atmospheric pressure…) and Covid-19 in China. On the contrary, Ma et al. (2020) and Kanté et al. (2021) found negative correlations between temperature and Covid-19 in China, as well as in Guinea. However, the number of studies on the spread of the virus and the influence of climate-related factors is still limited. The Covid-19 pandemic has highlighted a kind of paradigm reversal from the case of sub-Saharan Africa, which has a lower fatality rate than most other regions of the world, in contrast to other pandemics (HIV/AIDS, Ebola) in the previous decades.

This article aims to analyze the climatic, social, demographic, structural and political determinants of this situation. It presents the Ivorian case within the cluster of African cases, which are relatively different from one another, but with a degree of convergence – with the exception of South Africa and North African countries – if compared with the countries in Europe, the Americas and part of Asia.

Beyond the "deceptively good ideas"

Over time, the epidemics suffered by Africa have raised legitimate concerns, which have led to a variety of scientific discourse, representations and research (Eboko, 2021). For example, climate, allegedly one of the explanations for the slower circulation of Sars-Cov-2 (Sars: Severe Acute Respiratory Syndrome), is part of a series of hypotheses about factors that are beyond the control of political decisions and social behavior. Before examining the climate issue, we will explain why some of the other hypotheses are disproved or contextualized by facts and/or data, namely population density in African cities, cross-

immunity, and the fragility of health systems. The supposed population density of African cities is a red herring, as there is confusion between the number of people in a city and its density, which may indeed be a factor in the spread of the virus.

According to available estimates, with 20,641 inhabitants/km², Paris is denser than three of the four most populous cities in Africa: Lagos (6,871 inhabitants/km²); Johannesburg (3,603 inhabitants/km²); and Kinshasa (1,462 inhabitants/km²). The only exception is Cairo with 52,237 inhabitants per square kilometer. Dakar (5,795 inhabitants/km²) is four times less dense than Paris; Paris is six times denser than Abidjan (2,983 inhabitants/km²). The matter of "cross-immunity" is also a legitimate scientific hypothesis. Indeed: "It is [...] possible that part of the population is protected against Sars-CoV-2, due to cross immunity with other coronaviruses. Antibodies that detect Sars-CoV-2 are indeed present in patients who have been infected with Sars-Cov, but they probably do not neutralize the other. Cellular antiviral immunity may also confer some degree of cross-protection". (Mahieu & Dubée 2020) [1]. This hypothesis has led to the initiation of legitimate exploratory studies, whose results have not yet been published[2] . However, the quantitative weakness of the data neither supports the testing, nor distracts from

its scientific contribution. Similar studies have also been conducted in Europe, where the data are considered more reliable. Covid-19 seroprevalence surveys have been conducted in Africa: Mali, Niger, Kenya, Sudan, Democratic Republic of Congo (DRC) and Cameroon. The evidence suggests that by the second wave, the virus had affected the majority of African populations in proportions that remain well below the most affected regions of the world. National surveys conducted in Senegal in 2020 and 2021 show varying degrees of prevalence that double between 2020 and 2021 (Table 2).

Régions	SEROPREVALENCE 2020 (%)	SEROPREVALENCE 2021 (%)*
Dakar	44.0	94,38
Diourbel	19.0	86,46
Fatick	17,5	87,06
Kaffrine	26,9	86,19
Kaolack	33,1	88,41
Kédougou	19,2	93,13
Kolda	23,4	90,67
Louga	11,1	89,27
Matam	11,2	88,10
Sédhiou	48	94,18
Saint-Louis	16,2	76,53
Tambacounda	23,9	91,89
Thiés	24,3	89,78
Ziguinchor	56,7	93,53
SENEGAL (14 régions)	28,4	89,57

11 | COVID-19 | March 16, 2022 World Health Organization

Table 2: Provisional results of the seroprevalence survey in Senegal (source: WHO, 2021).

Accurely focused on the African continent than on regions of the world which have experienced much higher percentages of deaths. One explanation is based on the widely known fragility of African health systems, whose resistance to Covid-19 is said to be due to the youthfulness of African populations. Cursory reading of scientific articles on the excess mortality rate of Covid-19 worldwide (Collaborators, 2022) has brought out the constant refrain of "hidden data3" . Yet the paper clearly states that excess mortality due to Covid-19 is highest in South Asia, North Africa, the Middle East and Eastern Europe, but makes clear it is difficult to know whether such excess mortality is due to Covid-19 or to other factors (societal, economic, behavioral changes) because of lack of detailed data

1 See also Huibin et al., 2020; Grifoni et al., 2020.

2 In 2020, the IRD and the Institut Pasteur in Ivory Coast launched a study on the impact of "cross-immunity" regarding the Covid-19.

3 Berthaud-Clair, S., "En Afrique, le fardeau 'caché' de la surmortalité due au Covid-10" (In Africa, the hidden burden of excess Covid 10 mortality), Le Monde Afrique, 11 May 2022: https://www.lemonde.fr/afrique/article/2022/05/11/en-afrique-le-fardeau-cache-de-la-surmortalite-due-au-covid-19_6125678_3212.html

on specific causes of death in many countries (Covid-19 Excess Mortality Collaborators, 2022, pp. 1513, 1515). In contrast, in Africa, people with preexisting medical conditions affected by Covid-19 were generally at great risk, given the crisis in the health systems, including the mismanagement or lack of intensive care units to resuscitate people in respiratory distress. This situation also partly explains the exceptional nature of the Ivorian response through the continuous supply of gas to Abidjan's hospitals, particularly oxygen, due to the presence of the French company Air Liquide.

The issue of climate is also a credible lead that could explain the plight of African cities, particularly in the face of the Covid-19 pandemic. As of February 10 2021, SARS-Cov-2 had already caused 2,360,000 deaths out of more than 107 million reported cases worldwide (Milleliri et al., 2021). Africa remains the continent that suffered the least in terms of morbidity and mortality (Lone & Ahmad, 2020 ; Milleliri et al., 2021). Climate is among the hypotheses put forward to try to explain the low numbers observed in sub-Saharan Africa (Nguimkeu & Tadajeu, 2020). We will now explain the comparative data collected in several countries, with the understanding that the impact of seasonal variation analysis is only meaningful when comparing several sites.

Data and methodology

Clinical Data on Covid-19

The institutionalization of health threat and crisis management is exemplified by the creation of the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), a European agency responsible for monitoring health threats launched in 2004 in the aftermath of the 2002 Sars epidemic (Deruelle, 2016; Greer, 2012). From the onset of the Covid-19 pandemic, this agency took a direct interest in collecting the world's clinical data. Here we use its clinical data, which are the number of confirmed Covid-19 cases (cured and deceased patients) in 17 West African countries (ECDC 2020). Specifically, we use daily data from January 1, 2020 to April 30, 2021 for Mali (Bamako), Niger (Niamey), Guinea (Conakry), Senegal (Dakar), and Côte d'Ivoire (Abidjan).

Climatic data

In this work, we consider the following three climatic parameters: temperature at 2 m (t 2 m), relative humidity (RHmean) and meridian wind at 850 hPa (v850 hPa). The meridional component of the wind is taken into account in this study because it reflects, when positive, relatively moisture-laden southerly winds from the Gulf of Guinea; and, when negative, generally dry, desert-dust-laden northerly winds blow from the Sahara. Due to lack of recent continuously observed meteorological data from stations in the selected countries, we used ERA5 reanalysis data from the European Centre for Medium-Range Weather Forecasts (ECMWF) (Hersbach et al., 2019; Johannsen et al., 2019).

Methodology

Our study focused on the evolutionary trend of Covid-19 in correlation with weather conditions between January 1, 2020 and April 30, 2021 (Sharma et al., 2021). This approach highlights Abidjan's place among five other West African cities: Conakry, Dakar , Bamako, Niamey; or, in Central Africa, Yaoundé. These cities are addressed in dyads (two by two) in the same geographical area and according to their climatic similarity (Figure 1).

After the overall analysis of Covid-19 cases, of confirmed cured patients and death cases in West Africa, the study focuses on the co-evolution between climatic data (air temperature, relative humidity, meridian wind) and days with a great number of confirmed Covid cases, i.e., days when the variation in the number of cases in each city over the study period is greater than the standard deviation. For these particular Covid-19 strong case days, Pearson's correlation is calculated to measure the existence and strength of a linea of confirmed cases (Sedgwick, 2012; Akoglu, 2018). To quote Cohen, (1992), when

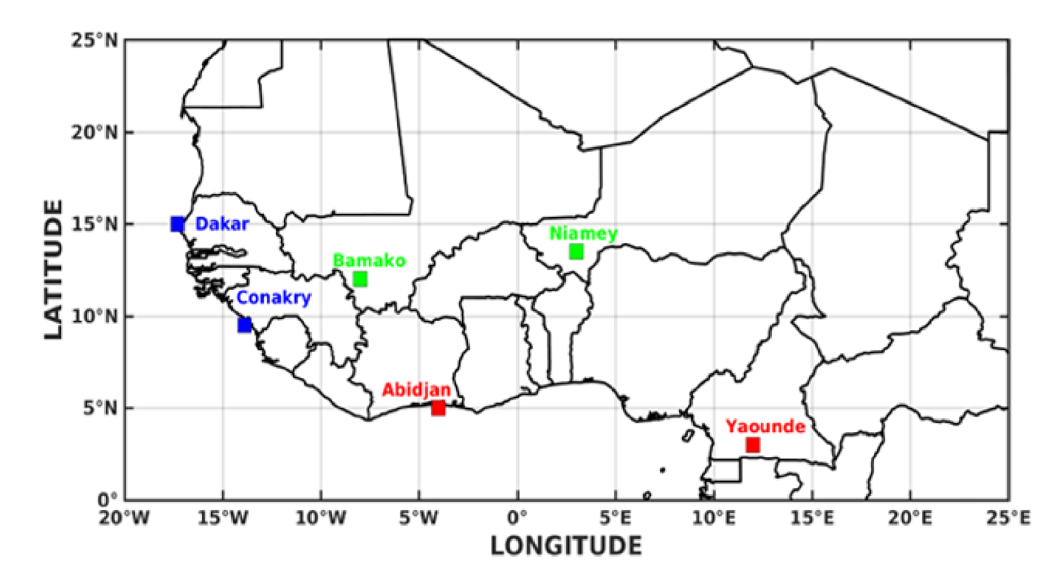


Figure 1: Presentation of the study area: in blue, cities on the west coast (Conakry and Dakar); in green, continental cities (Bamako and Niamey); in red, cities in the Gulf of Guinea countries (Abidjan), as Yaoundé in the east.

two variables are correlated, the change in magnitude of one variable is associated with a change in magnitude of the other variable, either in the same direction (positive correlation) or in the opposite direction (negative correlation) (Schober et al., 2018).

Covid-19 in west african countries: climate context and back story

Abidjan, Côte d'Ivoire

Côte d'Ivoire is located along the Gulf of Guinea, bordering the South Atlantic Ocean, and its capital, Abidjan, has a coastal location. It is the country's main urban center. Influenced by the tropical rains and the Harmattan, its climate varies from a transitional equatorial environment in the south of the country (with two rainy seasons) to a transitional tropical climate in the north (with one rainy season). Rainfall increases from north to south and significantly influences river and water flow regimes.

Like all African countries, Côte d'Ivoire has set up measures to deal with the Covid-19 pandemic since March 2020. They include most of the measures implemented on the African continent (curfews, closure of places of assembly, promotion of social distancing, obligation to wear masks in closed public places, etc.) from the first quarter of 2020. In this sense, Côte d'Ivoire, like all African countries, implemented the emergency and prevention measures prescribed by the WHO following the Ebola epidemic that struck West Africa between 2013 and 2015.

The country stands out for two reasons: it locked down Abidjan, the largest city in Côte d'Ivoire during the first wave; and it was willing to address respiratory distress as a result of the disease, which set it apart from neighboring countries and some of its African counterparts. The lockdown of Abidjan had an unprecedented impact on the pandemic trajectory in the country. Indeed, from the first wave to the current situation, Abidjan has accounted for 95% of the country's Covid cases, according to available official estimates. With a relatively low case-fatality rate, the country had between 30,000 and 60,000 diagnosed cases in 2021 and just over 80,000 cases in September 2022. Since March 2021, it has committed to a vaccination campaign supported by the international Covax initiative.Beyond the case of Côte d'Ivoire, it is appropriate to take a synoptic look at the situation in other countries and link them with their climate context.

Conakry, Guinea

Conakry's geographical position between the ocean and Mount Kakoulima sets up a barrier and makes the Foehn wind stronger. This warm and dry wind blows up a mountain and cools down as it covers it, which can be favorable to initiating convection. According to Guinea's National Health Security Agency (ANSS), the first death cases were recorded in Conakry on March 12 and March 16, 2020, respectively. As of May 13, 2020, the total number of confirmed Covid-19 cases in Guinea was 8,739 – of which 4,115 were reported cured, while the total number of deaths was 29. The total number of active cases as of the same date was 1,076. Indeed, the work of Kanté et al. (2021) on Conakry shows a correlation between meteorological factors (temperature and relative humidity) and Covid-19 in this city.

Dakar, Senegal

As a result of Senegal's geographical position at the western end of Africa, its climate is influenced by both oceanic and continental processes (Fall et al., 2006). Dakar's climate is arid tropical, with a long dry season from November to May, and a warmer, wetter, rainy season that stretches from approximately July to early October. The dry season generally lasts 6 months in the south (November to April) and 8 to 10 months in the north; cool, moist ocean winds blow from the north, and fog can sometimes rise over the coastal area. Because of its location, the climate is milder than in the rest of Senegal due to its proximity to the ocean.

Like other sub-Saharan African countries, Senegal was already facing a number of challenges at the onset of the pandemic (Middendorf et al., 2021). Since the first confirmed case of Covid-19 in Senegal on March 2, 2020 (Ministry of Health and Social Action, 2020), the government has taken steps to contain the spread and impact of the virus (Faye et al., 2020). Therefore, in addition to curfews, schools, universities and places of worship were closed, transportation was curtailed, and strict hygiene rules were imposed (Unesco, 2020). Despite these swift actions, Covid-19 still poses a severe threat to the country (National Agency of Statistics and Demography, 2020).

Work by Diouf et al. (2021) shows that, in the Sahel, Senegal is experiencing the most rapid expansion of Covid-19 cases. These are consistent with the results of Faye et al. (2020), which show a relationship between three elements: the Covid-19 pandemic (confirmed cases, active cases, recovered cases, and reported deaths); population; and density. In terms of number of infected cases, the Dakar region represents the epicenter of the pandemic with 80.5% of the country's infected cases, followed by Diourbel with 8.3%, Thiès with 3.9%, Sédhiou with 2%, and for the rest of the regions the percentage remains below 1.5% (Faye et al. 2020). The same is true for the total number of active, recovered and deceased cases, for which Dakar records 69.1%, 85.8% and 73.8% respectively (Faye et al., 2020).

Bamako, Mali

Bamako, the capital of Mali, a landlocked country in West Africa, and located in the Sudan zone, has a dry and humid tropical climate, with average maximum temperatures above 30°C. Bamako is very hot on average throughout the year; the hottest months are March, April, and May, and the rainy season is uni-modal, with the onset of rains occurring in the main agricultural areas from May to July and ending in September or October (Toure et al., 2017).

According to Mali's Ministry of Health and Social Affairs (2020), the country recorded the first two Covid-19 cases in Kayes on March 25, 2020 and Bamako on March 26, 2020 (in Commune III). Since then, the epidemic has spread to most health regions (Togola et al., 2021). As of August 2, 2020, the district of Bamako was the most affected, with 1,207 Covid-19 cases, 105 of which were in Bamako's Commune III (Ministère de la Santé et des Affaires Sociales du Mali, August 2, 2020). Multiple efforts have been made by the State and its partners in the framework of epidemiological surveillance of diseases with epidemic potential through equipment, recruitment and training of personnel (Togola et al., 2021). The disease surveillance system has existed in Mali for several decades, with systematic collection of health data (Mali Ministry of Health and Social Affairs, 2020).

Niamey, Niger

The Republic of Niger has a Saharan, desert, and hot climate type in the north according to Köppen's classification (Kottek et al., 2006) as the desert covers about two-thirds of the country's area, while in the south, the hot semi-arid climate creates a predominance of Sahelian savanna (Bigi et al., 2018). The capital, Niamey, covers a 255-km² area, with a population of 1,802,910 in 2018, making it the most populous city in Niger. The country is the largest in West Africa, but one of the least developed, with a vulnerable economy, low literacy levels, lack of infrastructure, and limited access to healthcare (African Wildlife Foundation, 2020). In addition, Niger is currently facing armed attacks and kidnappings (Garda World, 2020), which have undoubtedly exacerbated the health crisis (Tchole et al., 2020). On March 19, 2020, a 36-year-old Nigerien warehouse worker who had recently traveled abroad was the first case of Covid-19 in Niger (Agency Niger Press, 2020). Within 15 days, 120 patients tested positive for Sars-Cov-2 (WHO, 2020). Thereafter, Covid-19 spread rapidly and Covid-19 case admissions jumped between April 8 and 12, 2020, with a peak on April 10, 2020 (Aminou et al., 2021). As of June 25, 2020, according to the Ministry of Public Health's situation report, 1,059 cumulative cases have been recorded throughout the territory, including 75.60% of cases (i.e., 801 cases) in Niamey's urban areas (Ministry of Public Health, 2020). During this pandemic, health workers paid a heavy price, with 184 confirmed cases out of 1,059 – or 17.40% (MSP, 2020). This finding could be explained, on the one hand, by lack of infection prevention and control (IPC) precautions and, on the other hand, by the novelty of the disease in the health system (Baissa et al., 2020).

Climate and Covid: towards multifactorial leads

The study of the relationships between Covid-19 and climate factors in Bamako, Niamey, Conakry, Dakar, Abidjan and Yaoundé provides a number of results.

The results of the correlations between high Covid-19 and climatic factors in Bamako and Niamey are presented in Figure 2. In Bamako, negative correlations between days of high Covid-19 cases and climatic factors, notably temperature (Figure 2b) and meridian winds (Figure 2c), are obtained without being significant: a decrease in temperature and an increase in northerly winds (generally dry and dusty) are conditions favorable to an increase in high numbers of confirmed Covid-19 cases; on the other hand, it cannot be concluded that periods of high humidity are conditions favorable to an increase in contaminations (Figure 2a)

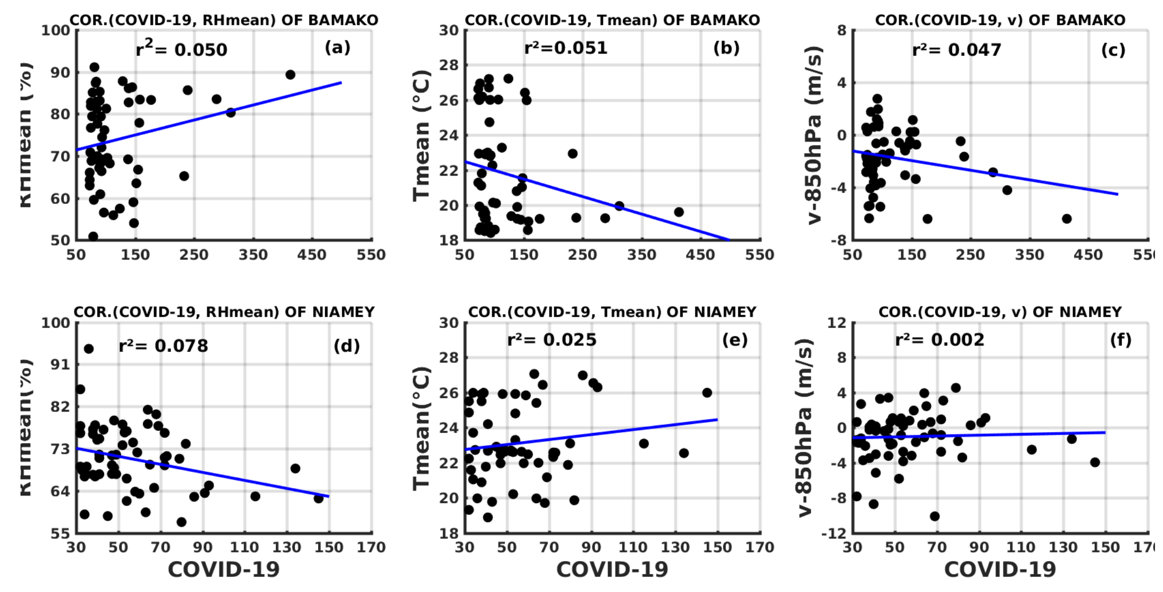


Figure 2: Correlation between strong Covid-19 cases and climate factors (RHmean, t 2 m v850 hPa) in Bamako (a, b and c) and Niamey (d, e and f). Correlation coefficients are indicated by the r2 value

The situation in Niamey is the opposite of the Bamako case, even though both countries have the same Sahelian climatic conditions. Indeed, in Niamey, the correlation between days of high Covid-19 cases and relative humidity (Figure 2d) is negative. The correlation with meridional wind is very weak because on average, regardless of the number of cases, the wind varies little (low slope of regression). Similarly, the small average variations in temperature are insignificant compared to the number of cases, as compared to the situation in Bamako.

Figure 3 shows that in both Dakar and Conakry, although the correlation coefficient values are very low, a decrease in relative humidity or a decrease in temperature or an increase in winds from the north prove to be favorable meteorological conditions for an increase in numerous confirmed Covid-19 infection cases. Trends in Abidjan and Yaoundé turn out to be qualitatively similar to patterns in Dakar and Conakry. However, in the Abidjan and Yaoundé cases, the correlation coefficients values are generally very low, suggesting a lesser role of the studied climatic variables in the evolution of high contamination days.

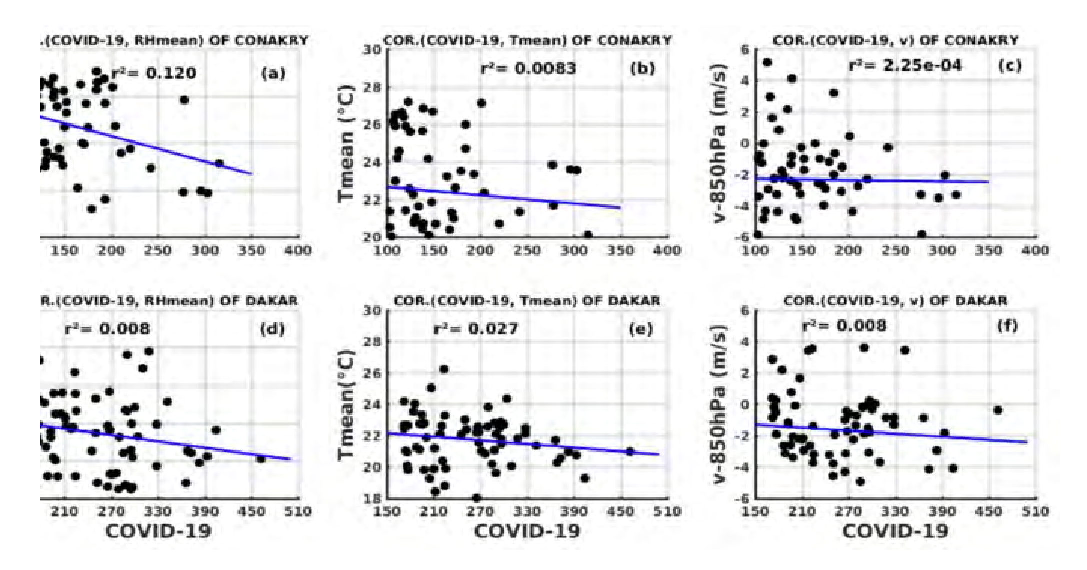


Figure 3: Correlation between Covid-19 cases above threshold and climatic factors (RHmean, t 2 m, v850 hPa) in Conakry (a, b and c) and Dakar (b, e and f). Correlation coefficients are indicated by the r2 value.

Trends from this comparative study between cities with similar climatic contexts demonstrate that air temperature, relative humidity, and wind speed may play a role in the increase in contamination, despite very flimsy or insignificant correlations, as in previous studies on other continents. Further analyses are needed to describe the relative influence of each variable according to the city's geographical position. Furthermore, these results highlight the need for additional research and multivariate analyses to evaluate the potential impact of weather types with contrasting indicators combining temperature, humidity and wind at the same time. From this perspective, it would be instructive to understand how the number of infection cases evolves on days associated with decreases in temperature, humidity (dry) and strong northerly winds, and compared to warm, humid days with southerly winds. Finally, considering the virus incubation time, the analysis should include the average weather conditions 5 to 10 days before peak contamination days.

The Institutional Response to Covid-19 in Côte d'Ivoire

Current knowledge: a paradigm shift in Africa and Côte d'Ivoire

The first case of Covid-19 in Côte d'Ivoire was diagnosed on March 11, 2020, in a 45-year-old Ivorian national returning from Italy and hospitalized at the Treichville University Hospital in Abidjan. Since then, the country has experienced four successive epidemic waves as of January 15, 2022 (Table 3).

Epidemic waves	Periods
1st wave	June to July 2020
2nd wave	December 2020 to March 2021
3rd wave	July to September 2021
4th wave	Since December 2021

Table 3: Covid-19 epidemic waves in Côte d'Ivoire between June 2020 and after December 2021 (Source: Institut Pasteur in Côte d'Ivoire).

On September 3, 2022, Côte d'Ivoire had 86,779 cumulative confirmed cases and 819 deaths. The case-fatality rate was 0.9%, one of the lowest in West Africa. These results are partly related to the Ivorian institutional response, consistent with African authorities' early response since the beginning of the pandemic (Eboko & Schlimmer, 2020). Citation=Following the WHO global alert calling on all countries to activate Public Health Emergency Operations Centers (PHECs), the Ministry of Health and Public Hygiene activated its PHEC on December 31, 2019, with the launch of a crisis committee to better manage the disease contraction and spread risk. As part of this, COUSP has developed an emergency plan that is currently being implemented. (Prime Minister's Office, March 2020, p. 3) Two measures differentiate the Ivorian response from other countries' in West and Central Africa: the lockdown of Abidjan and the quality of care for respiratory illnesses.

An early response

On June 20, 2020, Africa had one death for every 10,798 inhabitants; Europe one death for every 3,886 inhabitants; the United States one death for every 2,754 inhabitants. Although some African countries (South Africa, Morocco, Mali, Senegal, etc.) were experiencing a "second wave" and Côte d'Ivoire was facing an acceleration of the pandemic from early 2021, the Ivorian situation benefited from the measures taken in March–April 2020. Indeed, the lockdown of Abidjan from March 26 to July 15, 2020 helped to contain the pandemic in the economic capital, which is also the most important health network in the country. A total of 577 bars were closed in the Abidjan district and the state of emergency was extended until July 30. The Ivorian Prime Minister, the late Mamadou Gon Coulibaly, announced on March 31, 2020, an "economic, social and humanitarian support plan" amounting to "1.7 trillion CFA francs" (€2.6b), or "approximately 5% of the Ivorian GDP". At the time of this announcement, Côte d'Ivoire had only one death (Eboko & Schlimmer, 2020). Figures 4 and 5 show the epidemiological impact of this policy measure over a two-year period.

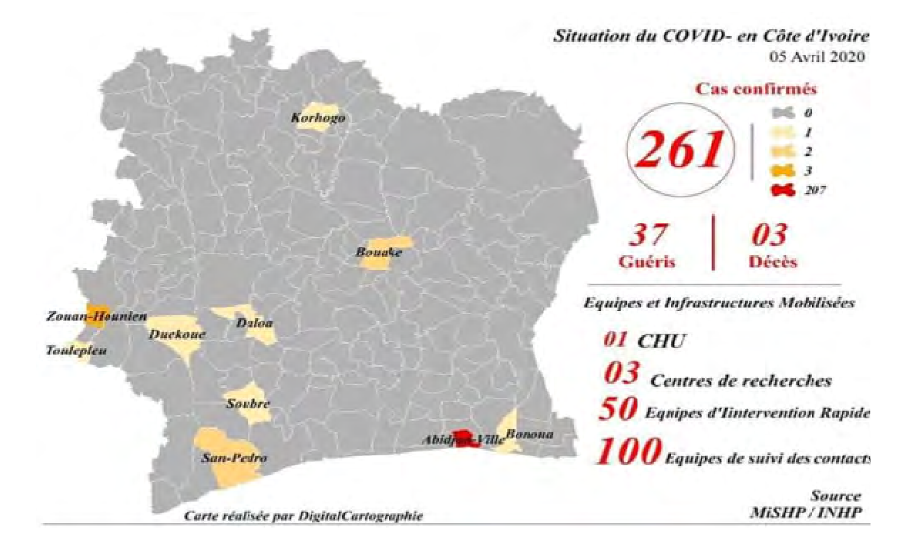
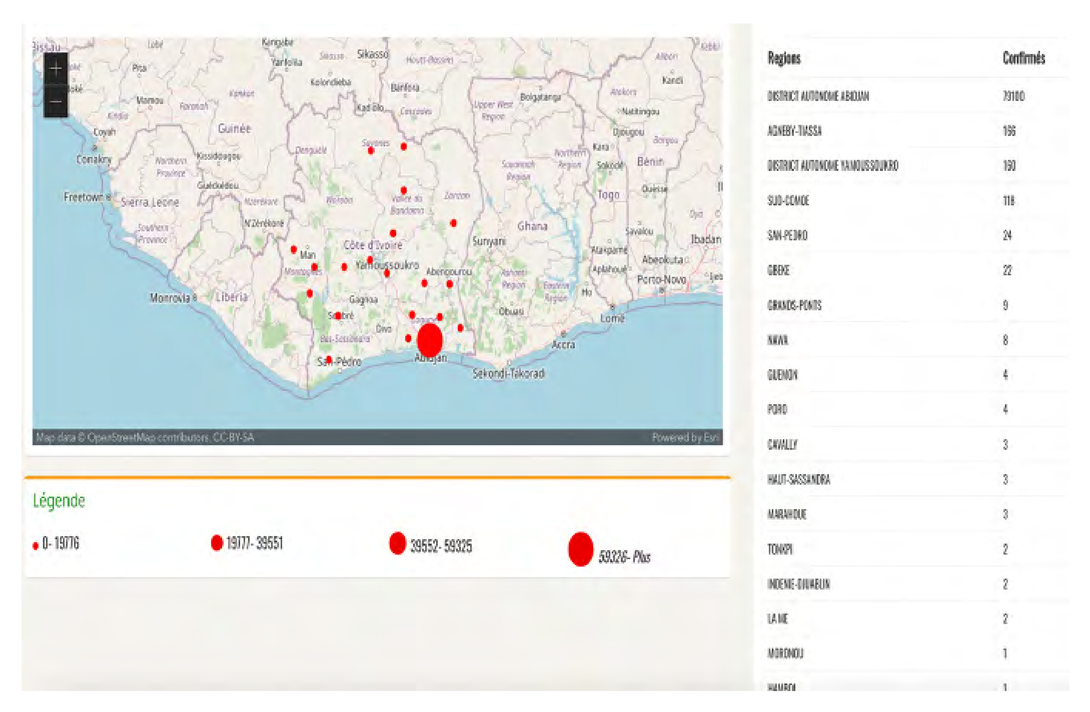


Figure 4: Initial impacts of the Abidjan lockdown on the spread of the disease in Côte d'Ivoire on April 5, 2020 (Source: National Institute of Public Health of Côte d'Ivoire).



Regions	Confirmés
DISTRICT AUTONOME ABIDJAN	79100
AGNEBY-TIASSA	166
DISTRICT AUTONOME YAMOUSSOUKRO	160
SUD-COMOE	118
SAN-PEDRO	24
GBEKE	22
GRANDS-PONTS	9
NAWA	8
GUEMON	4
PORO	4
CAVALLY	3
HAUT-SASSANDRA	3
MARAHOUE	3
TONKPI	2
INDENIE-DJUABLIN	2
LA ME	2
MORONOU	1

Figure 5: The two-year impact of the closure of Abidjan on the spread of the disease in Côte d'Ivoire (September 2022).

From one wave to the next

As the impact of the pandemic was lower in Africa than elsewhere, the easing of barrier measures was observed throughout the continent, from Dakar to Abidjan and from Yaoundé to Accra. Compared to African countries with an equivalent number of Covid-19-infected people, Côte d'Ivoire (88,870 cases) recorded 3 to 4 times fewer deaths in late April 2021. This situation is linked to the specificity of the Ivorian case, which has taken measures similar to procedures in other countries, particularly in cities[4] , in addition to the Abidjan lockdown. Without passing judgment on the effectiveness of treatments, it should also be noted that Côte d'Ivoire soon ditched hydroxychloroquine[5] , whereas most countries, such as Senegal and Cameroon, used it until very recently. The virus has been relatively confined to Abidjan, which has the only international airport through which the virus entered the country. The concentration of treatment centers in the same city has made it possible to provide an appropriate response to this viral containment within the autonomous district of Abidjan.

Skills and circumstances for patient management

The majority of patients who died in the sub-Saharan African cities covered in this article required respiratory support. In Abidjan, oxygen was supplied by Air Liquide without interruption, unlike in other countries. Cultural events, rather than religious gatherings, were opportunities to reduce barrier measures, including the relative discontinuance of wearing masks in enclosed areas. Whether it is singer Singuila's concert on December 10, 2020 in Abidjan, the end-of-year festivities, or the gatherings following Prime Minister Hamed Bakayoko's death on March 10, 2021 (national mourning), these events undoubtedly contributed to an increase in Covid cases. This is illustrated in Figure 6.

4 "Covid-19 in African Cities: Impacts, Responses and Policy Recommendations", UN-Habitat, 2020, p. 4, available at: https://unhabitat.org

5 The Ivorian protocol for clinical cases without comorbidity and without exceptional clinical episodes is as follows: Prednisolone (15 mg × 3/day); Azithromycin (500 mg/day); Acetylcysteine (200 mg × 3/day); Amoxicillin (1 g × 2/day + clavulanic acid (125 mg × 2/day) for 8 days

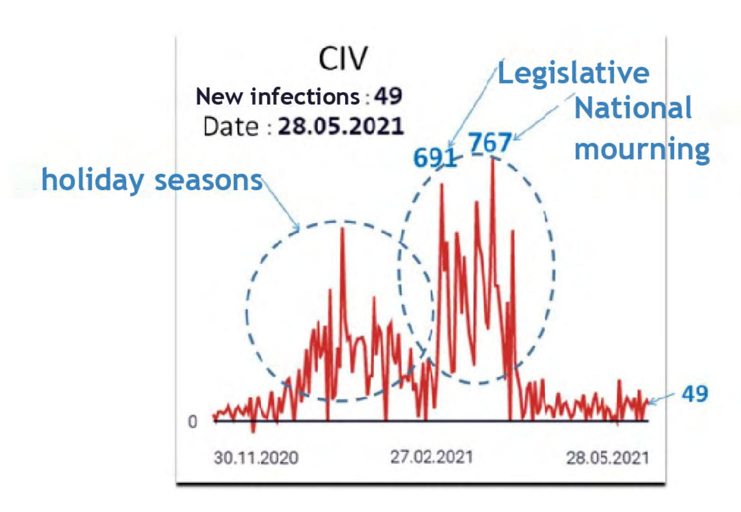


Figure 6: gatherings and rise in cases in Côte d'Ivoire in 2020 and 2021 (source: National Institute of Public Health 2021).

The third wave in 2020 also featured a "middle class epidemic", linked to Christmas holidaymakers from Europe, according to a team member's testimony at the Institut Pasteur in Abidjan dedicated to the collection and analysis of Covid-19 PCR (polymerase chain reaction) tests.

Conclusion: the social conditions of the evolution of covid cases, beyond the climate

The work presented here highlights that a link between climatic variations and contamination is not clearly established, and that the impact of these climatic variations is not the most determining factor in the African cities considered. Variations in the incidence of Covid-19 cases are multifactorial, with a predominance of the impact of human behavior over the role of climate, which is real but not yet identified. In the case of Abidjan, the second wave, in early 2021, is closely linked to the decline in compliance with barrier measures brought on by the Christmas vacations festive period and other events previously reported. Weather in this context is a minor variable.

What has penalized the "age of affluent societies" (Sahlins, 1976) are the lifestyles and infrastructures linked to their ability to cram into planes, subways, streetcars, trains, etc. So, the neoliberal economy has shown itself to be the producer of not only "the politics of accumulation" but also what can now be called "the politics of crowding". It would be a perverse logic though to propose that the various shortages of all kinds that punctuate daily life in Africa actually generate life-lessons. Most Africans between the ages of 50 and 60 who died of Covid-19 on the continent would have survived in countries with decent health systems. A cross-sectional study was conducted by teams at the Treichville University Hospital on 1,230 people (average age: 37 years), who tested positive and were symptomatic with Covid-19 and were treated at various quarantine sites (hotels). The results show that it takes an average 15-day period before patients become negative (plus or minus 4 days); 98.7% of cases returned home; and 1.3% of cases were transferred to hospitals (Kouakou, Éholié et al., 2022, p. 180). African populations' youthfulness, a characteristic pointed out at the beginning of the pandemic, confirms to be the main criterion for the low Covid-19 mortality (except for Southern Africa and North Africa) compared to the rest of the world. This age variable highlights that Covid-19 primarily affects the elderly.

Nevertheless, if Ivorians recorded a lower case-fatality rate than their neighbors, this is due to the concentration of patients in the city, which has the best health-care facilities in the country and is able to provide care without oxygen shortages for respiratory problems, regardless of the season. This raises the issue of the management of non-communicable diseases in Africa (Baxerres & Eboko, 2020), whose "comorbidity" with Sras-Cov-2 is the main cause of Covid-19-related deaths. From this perspective, African health systems, weakened but "protected" from the slaughter house by the population's youthfulness, have gone through the health crisis as an allegory of those whom anthropologist Pierre

Sansot (1928–2005) called "les gens de peu" ("People of modest condition"): "starting from nothing, arriving at little, but who do not have anyone to be grateful to" (Sansot, 1991). Conversely, we in the West can consider that it is not inevitable that we all live crammed together on a daily basis. What Africa has revealed is also the impasse in the reasoning that Henri Bergson called associationism:

> Associationism is therefore wrong in constantly replacing the concrete phenomenon that takes place in the mind with the artificial reconstruction that philosophy gives of it, thereby confusing the explanation of the fact with the fact itself (Bergson, 2013, p. 123).

Nowadays, the most pressing need proves to be the improvement of care for vulnerable patients in order to avoid deaths. Very few questions remain to be answered about the survival rate of hospitalized Covid-19-infected patients in acute respiratory problems in sub-Saharan Africa. It seems that Africa and Africans increasingly understand that their place in the world is the one they shape themselves. In this logic, the organization of the first major Covid-19 scientific conference in West Africa in Côte d'Ivoire, organized by the West African Consortium for Clinical Research on Epidemic Pathogens, is a significant event for Africa. This event brought to light concrete results from more than 180 papers. Africa and Covid urge us to think about the moral economy of life, according to Didier Fassin, whose eponymous book La Vie [Life], published in 2020, is almost a premonitory reasoning of the Covid-19 pandemic. Revealing the contradictions that run through the moral economy of life does not make contemporary societies fairer, but it does provide weapons for those who want to fight to make them more equitable (Fassin, 2018, p. 157).

In this light, work presented at the symposium tend to show a linkage of social adaptation to scientific knowledge. An important example is vaccination. According to a questionnaire answered by 1,061 respondents in the 6 Abidjan districts, 82.28% were aware of the existence of the Covid-19 vaccine but 34.04% believed in its effectiveness, while 37.07% did not. Between the two [latter] groups, 30.89% of people admit to having no opinion (Kangah et al., 2022). More specifically, the work of Kouassi and Irika (2022) on vaccination coverage among people over 50 years of age shows that 60% of these people consider themselves to be "people at risk of Covid-19". Although only 46% of them are actually vaccinated, 88.4% think that wearing a mask is effective in protecting themselves. Up to 41% do not trust vaccines; 4.6% are hostile to them in general and 10% point to practical problems in getting to vaccination centers. While the dissemination of "fake news" (Djaha, 2021) has had an impact in Côte d'Ivoire, in all African countries and beyond, these results undermine the notion of an allegedly specific hostility to Covid-19 vaccines.

Another study conducted in the homes of 207 families in 8 Abidjan communes (Anoumatacky et al., 2022) shows that 90% of them think it is a deadly disease. However, 37% think they are "moderately exposed" in 2020, compared to 25% in 2021. This social contradiction runs counter to the evolution of the pandemic, which was more widespread in 2021 than in 2020. Fear is a bad adviser, and this phenomenon was already known and documented in previous pandemics and epidemics. People confronted with the risk of contracting the disease and/or experiencing its deleterious effects modify their perceptions of the disease, including in counter-intuitive ways, whether in Africa or elsewhere. For example, as age increases, people are more willing (or less willing) to be vaccinated. Another study conducted in Bouake shows that, in a small 51-people group, 68% of those vaccinated and found to be positive said the Covid-19 vaccine "protected them from severe forms of the disease" (Soumahoro, Irika et al., 2022, p. 208).

Côte d'Ivoire provides a case study in the hypothesis of the role of climate, among other factors. This example is not far from being an unintended but stimulating echo of Achille Mbembe's analysis:

> "Anticipating a potential, but as yet to be proven, presence that has not yet assumed a stable form should perhaps be the starting point for any future critique whose horizon is to forge a common ground" (Mbembe, 2020, p. 29).

Acknowledgements

We acknowledge the following institutions and individuals:

Institut de recherche pour le développement (IRD)

Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique (MESRS) de Côte d'Ivoire

Service des Maladies infectieuses et tropicales (SMIT). Centre hospitalier universitaire de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire

Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI)

Institut national de la santé publique (INSP) de Côte d'Ivoire

Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique et de la Couverture Maladie Universelle de Côte d'Ivoire

Université Félix Houphouët Boigny (UFHB) d'Abidjan

Université Alassane Ouattara de Bouaké (UAOB)

Valéry Riddle, IRD

Ousmane Zina, Université Alassane Ouattara de Bouaké

Bibliography

African Wildlife Foundation. (2020). More than 80 percent of this landlocked country is covered by the Sahara Desert. https://www.awf.org/country/niger

Agency Niger Press. (2020). Niger registers its first case of coronavirus (Official) (in French). http://www.anp.ne/?q=ar-ticle/le-niger-enregistre-son-premier-cas-de-coronavirus-officiel.

Akoglu, H. (2018). User's guide to correlation coefficients. *Turkish journal of emergency medicine*, *18*(3), 91-93. https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001

Aminou, M. S. M., Diawara, G. A., Moctar, M. H., Rabiou, S. A. N. I., Idrissa, E. T., Ibrahim, S. A., & Ambrose, T. A. L. I. S. U. N. A. (2021). Covid-19 Comorbidity and Non-Communicable Diseases (NCDs) General Reference Hospital (HGR), Niamey, Niger. *Journal of Infectiology and Epidemiology*, *4*(1). https://doi.org/10.29245/2689-9981/2021/1.1165.

Anoumatacky, A. P. N. M., & Yeo-Tenena, Y. J. M. (2022). Impact de la maladie à coronavirus sur les familles du grand Abidjan. *WAC*, 143 p.

Baissa, A. M., Hamani, S., Ali, M., Mouako, A. L., Anya, B. M., & Wiysonge, C. S. (2020). COVID-19 control in Niger: an assessment of infection prevention and control practices at healthcare facilities in the city of Niamey. *The Pan African Medical Journal*, *37*(1), 35. https://doi.org/10.11604/pamj.supp.2020.37.35.26512

Baldwin, P. (2021). *Fighting the first wave: Why the coronavirus was tackled so differently across the globe?*. Cambridge University Press, 385 p.

Baxerres, C., & Eboko, F. (dirs.) (2020). Global health : et la santé ?. *Politique africaine*, 156, 2019/4.

Bergson, H. (2013). *Essai sur les données immédiates de la conscience*. PUF, 322 p.

Bigi, V., Pezzoli, A., & Rosso, M. (2018). Past and future precipitation trend analysis for the City of Niamey (Niger): An overview. *Climate*, *6*(3), 73. http://dx.doi.org/10.3390/cli6030073.

Cabinet du Premier ministre. (mars 2020). *Plan de soutien économique, social et humanitaire contre le Covid-19*. Abidjan, Côte d'Ivoire.

Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*, *1*(3), 98-101. https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783.

Deruelle, T. (2016). Bricolage or entrepreneurship? Lessons from the creation of the European centre for disease prevention and control. *European Policy Analysis*, *2*(2), 43-67. https://doi.org/10.18278/epa.2.2.4.

Diouf, I., Sy, S., Senghor, H., Fall, P., Diouf, D., Diakhaté, M., & Gaye, A. T. (2021). Potential contribution of climate conditions on Covid-19 pandemic transmission over West and North African countries. *Atmosphere*, *13*(1), 34. https://doi.org/10.1101/2021.01.21.21250231.

Djaha, J. F. (12 janvier 2021). *Polémiques en contexte de riposte au Covid-19 en Côte d'Ivoire: une netnographie des communautés Facebook, Webinaire APHRO-CoV*.

Eboko, F. (2021). *Public Policy lessons from the AIDS response in Africa*. Routledge, 200 p.

Eboko, F., & Schlimmer, S. (2020). Covid-19 : l'Afrique face à une crise mondiale. *Politique étrangère*, (4), pp. 123-134. https://doi.org/10.3917/pe.204.0123.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). Communicable Disease Threats Report, 19-25 April 2020, Solna Municipality. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-19-25-april-2020-week-17.

Fall, S., Niyogi, D., & Semazzi, F. H. (2006). Analysis of mean climate conditions in Senegal (1971–98). *Earth Interactions*, *10*(5), 1-40.

Fassin, D. (2018). *La vie-Mode d'emploi critique*. Média Diffusion, 192 p.

Faye, C., Gomis, E. N., & Diéye, S. (2020). Assessment of the Spatial and Temporal Trend of the COVID-19 Pandemic in Senegal. http://rivieresdusud.uasz.sn/xmlui/handle/123456789/346.

Garda World. (2020). Niger: Suspected Boko Haram attack on military base in Diffa region leaves 10 dead October 30. https://www.garda.com/crisis24/news-alerts/282416/niger-suspected-boko-haram-attack-on-military-base-in-diffa-region-leaves-10-dead-october-30.

Greer, S. L. (2012). The European Centre for Disease Prevention and Control: hub or hollow core?. *Journal of health politics, policy and law*, *37*(6), 1001-1030. https://doi.org/10.1215/03616878-1813817.

Grifoni, A., Weiskopf, D., Ramirez, S. I., Mateus, J., Dan, J. M., Moderbacher, C. R., & Sette, A. (2020). Targets of T cell responses to SARS-CoV-2 coronavirus in humans with COVID-19 disease and unexposed individuals. *Cell*, *181*(7), 1489-1501.

Hersbach, H. (2019). Global reanalysis: goodbye ERA-Interim, hello ERA5. *ECMWF newsletter*, *159*, 17.

Johannsen, F., Ermida, S., Martins, J. P., Trigo, I. F., Nogueira, M., & Dutra, E. (2019). Cold bias of ERA5 summertime daily maximum land surface temperature over Iberian Peninsula. *Remote Sensing*, *11*(21), 2570. https://doi.org/10.3390/rs11212570.

Kangah, O. M. A., & Yavo, W. (2022). Réactions sociales vis-à-vis de la vaccination anti-Covid-19 dans le Grand Abidjan. *WAC-REP*, pp. 1-6.

Kanté, I. K., Diouf, I., Millimono, T. N., & Kourouma, J. M. (2021). Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) in Conakry, Republic of Guinea: Analysis and Relationship with Meteorological Factors. *Atmospheric and Climate Sciences*, *11*(2), 302-323. https://doi.org/10.4236/acs.2021.112018.

Kottek, M., Grieser, J., Beck, C., Rudolf, B., & Rubel, F. (2006). World map of the Köppen-Geiger climate classification updated. http://dx.doi.org/10.1127/0941-2948/2006/0130.

Kouajou, A. G., & Éholié, S. P. (2022). Expérience de la prise en charge des cas simples de Covid-19 sur un site de confinement à Abidjan, Côte d'Ivoire. *WAC-REP*, 180 p.

Kouassi, D. P., & Irika, O. (2022). Couverture vaccinale de la Covid-19 chez les 50 ans et plus de la commune de Bouaké, Côte d'Ivoire. *WAC-REP*, 47 p.

Lone, S. A., & Ahmad, A. (2020). COVID-19 pandemic–an African perspective. *Emerging Microbes & Infections*, *9*(1), 1300-1308. https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1775132.

Lv, H., Wu, N. C., Tsang, O. T. Y., Yuan, M., Perera, R. A., Leung, W. S., & Mok, C. K. (2020). Cross-reactive antibody response between SARS-CoV-2 and SARS-CoV infections. *Cell reports*, *31*(9), 1-6.

Ma, Y., Zhao, Y., Liu, J., He, X., Wang, B., Fu, S., & Luo, B. (2020). Effects of temperature variation and humidity on the death of COVID-19 in Wuhan, China. *Science of the total environment*, *724*, 138226. https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138226.

Mahieu, R., & Dubée, V. (2020). Caractéristiques cliniques et épidémiologiques de la Covid-19. *Actualités pharmaceutiques*, *59*(599), 24-26.

Mbembe, A., (2020). *Brutalisme*. La Découverte, 240 p.

Middendorf, B. J., Faye, A., Middendorf, G., Stewart, Z. P., Jha, P. K., & Prasad, P. V. (2021). Smallholder farmer perceptions about the impact of COVID-19 on agriculture and livelihoods in Senegal. *Agricultural Systems*, *190*, 103108. https://doi.org/10.1016/j.agsy.2021.103108.

Milleliri, J. M., Coulibaly, D., Nyobe, B., Rey, J. L., Lamontagne, F., Hocqueloux, L., & Prazuck, T. (2021). SARS-CoV-2 infection in Ivory Coast: a serosurveillance survey among gold mine workers. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *104*(5), 1709. https://dx.doi.org/10.4269%2Fajtmh.21-0081.

Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS). (2020). Informations sur le coronavirus. http://www.sante.gouv.sn/Pr%C3%A9sentation/coronavirus-informations-officielles-et-quotidiennes-du-msas.

Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Mali, 2 août 2020, Mali_sitrep_Covid-19, Institut National de la Santé, 109.

Ministère de la Santé et des Affaires Sociales du Mali (MSASM). (2020). Annuaire statistique du Système national d'information sanitaire 2018, Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé Développement social et Promotion de la famille (CPS/SS-DS-PF).

Ministère de la Santé publique (MSP). (25 juin 2020). Secrétariat général : comité technique de gestion de la réponse à la pandémie du Coronavirus (Covid-19). Niger, pandémie coronavirus (Covid-19) : rapport de situation, 81, Niamey, Niger.

Nguimkeu, P., & Tadadjeu, S. (2020). Why is the number of COVID-19 cases lower than expected in Sub-Saharan Africa? A cross-sectional analysis of the role of demographic and geographic factors. *World Development*, *138*, 105251. https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105251.

OMS. (2020). *Coronavirus Desease 2019 (Covid-19)*. Situation Report.

Sahlins, M. (1976). *Age de pierre, âge d'abondance. L'économie des sociétés primitives*. Gallimard, 420 p.

Sansot, P. (1991). *Les gens de peu*. Presses universitaires de France.

Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesthesia & analgesia*, *126*(5), 1763-1768.

Sedgwick, P. (2012). Pearson's correlation coefficient. *Bmj*, *345*. https://doi.org/10.1136/bmj.e4483.

Sharma, G. D., Bansal, S., Yadav, A., Jain, M., & Garg, I. (2021). Meteorological factors, COVID-19 cases, and deaths in top 10 most affected countries: an econometric investigation. *Environmental Science and Pollution Research*, *28*, 28624-28639. https://doi.org/10.1007/s11356-021-12668-5.

Soumahoro, S. I., & Irika, O. (2022). Regards sur la vaccination anticovid19 par les sujets diagnostiqués positifs après celle-ci à l'antenne régionale d'Hygiène Publique de Bouaké. *WAC-REP*, 208 p.

Tchole, A. I. M., Li, Z. W., Wei, J. T., Ye, R. Z., Wang, W. J., & Du, W. Y. (2020). Cheeloo EcoHealth Consortium (CLEC). *Epidemic and control of COVID-19 in Niger: quantitative analyses in a least developed country. J Glob Health*, *10*(2), 020513. http://dx.doi.org/10.7189/jogh.10.020513.

Togola, O. B., Soumaré, M. D., Mariame, L. C., Kayembé, K., Sangho, O., Koné, Y., & Traoré, B. (2021). Etude descriptive des cas de Covid-19 en commune III de Bamako du 26 mars au 27 aout 2020. *Mali medical*, *36*(2).

Unesco. (2020). Covid-19 au Sénégal : Des mesures fortes pour endiguer la contagion. *United Nations Economic*. https://fr.unesco.org/news/covid-19-au-senegal-mesures-fortes-endiguer-contagion .

Vidal, L., Eboko, F., & Williamson, D. (2020). Le catastrophisme annoncé, reflet de notre vision de l'Afrique. *Le Monde Afrique*, *9*.

Wang, H., Paulson, K. R., Pease, S. A., Watson, S., Comfort, H., Zheng, P., & Murray, C. J. (2022). Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21. *The Lancet*, *399*(10334), 1513-1536. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3.

Yuan, L., Zhi, N., Yu, C., Ming, G., Yingle, L., Kumar, G. N., & Ke, L. (2020). Aerodynamic characteristics and RNA concentration of SARS-CoV-2 aerosol in Wuhan hospitals during COVID-19 outbreak. *BioRxiv*. http://doi.org/10.1073/pnas.0806852106.



@Elise Fitte-Duval, « Série Dés-augmentation », réalisée dans le quartier Ouakam de Dakar, 2021.

Les acteurs économiques des marchés de la capitale du Burkina Faso à l'épreuve de la Covid-19

Discours et pratiques face aux mesures barrières

George Rouamba
Maître-assistant de sociologie et d'anthropologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso
georgerouamba@gmail.com

Zakaria Soré
Maître de conférences de sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso
sorefils@gmail.com

Yacouba Tengueri
Assistant de sociologie, Université de Dédougou, Burkina Faso
yacouba.tengueri@univ-dedougou.bf

Claudine Valérie Bowendsom Rouamba-Ouedraogo
Professeur titulaire de sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso
valerie.rouamba@ujkz.bf

How to cite this paper:
Rouamba G., Soré Z., Tengueri Y., Rouamba-Ouedraogo C. V., (2022). Les acteurs économiques des marchés de la capitale du Burkina Faso à l'épreuve de la Covid-19. Discours et pratiques face aux mesures barrières. *Global Africa, (2)*, pp. 71-85.
https://doi.org/10.57832/4dfb-g969

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

Résumé

À partir de matériaux recueillis selon une méthode mixte, cet article se propose d'analyser les connaissances et les pratiques de prévention concernant la Covid-19 chez les commerçants de Ouagadougou. Leurs discours reposent sur une conception qui, en se focalisant sur les malades médiatisés (issus des classes aisées ou censés l'être), renforce l'idée d'une pathologie des « riches », d'une « maladie de la neige », « du froid », et de la « climatisation ». La Covid-19 est perçue alors comme une maladie de l'Occident, avec son climat froid, ses riches, dont les équivalents au Burkina Faso sont les « fonctionnaires » et les hommes d'affaires qui ont une situation économique favorable et utilisent au quotidien la climatisation. La reconfiguration des rapports de citoyenneté va mettre en vis-à-vis deux types de citoyens : d'un côté, les agents de l'État agissant comme des acteurs dominants, des prédateurs de ressources, voire des représentants locaux de l'Occident et, de l'autre côté, les laissés-pour-compte, les dominés qui subissent les mesures préconisées par les dominants. Cette construction du risque lié à la Covid-19 entraînera une banalisation de la pathologie dans les marchés, puis la contestation des mesures de protection. Les manifestations contre les fermetures des marchés, des lieux de culte et des frontières terrestres sont une forme de dénonciation de la passivité de l'État dominé par l'Occident. Celle-ci traduit une méfiance, une défiance alimentée par les rapports d'inégalité de pouvoir entre le Nord et le Sud autour de la santé globale.

Mots-clés

Covid-19, commerçants, marchés, Occident, État, Ouagadougou

Introduction

Le Burkina Faso a enregistré 21 128 cas positifs de Covid-19, soit 955 cas pour 1 000 000 habitants au 21 août 2022. À cette date, les décès se chiffraient à 387, soit 17,51 cas pour 1 000 000 habitants (Johns Hopkins University, 2022). Ouagadougou, avec une population de 2 415 266 individus et une densité de 1 014 habitants au kilomètre carré (INSD, 2022), cumule 84,2 % des cas de Covid-19 (Kobiané et al., 2020). Les directives internationales de l'OMS ont servi de référentiel à l'élaboration du plan de riposte contre la Covid-19, avec la création d'un Comité national placé directement sous la responsabilité du Premier ministre. Son secrétariat exécutif, dirigé par deux officiers supérieurs de l'armée, donne un visage militaire à la lutte contre la Covid-19. La police et la gendarmerie se chargent de superviser le respect du couvre-feu. Les commissariats de police dans les marchés sont mis à contribution pour y assurer une police sanitaire. L'option de lier les actions de santé publique à la sécurité nationale est clairement adoptée par l'autorité publique. Le Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires (CORUS), placé sous la responsabilité du ministère de la Santé, assure la gestion opérationnelle de la lutte contre l'épidémie. Le pays a une économie essentiellement rurale et informelle, caractérisée par 52,8 % de travailleurs indépendants, dont 31,3 % dans des entreprises familiales, et 12 % de salariés. Les principaux secteurs économiques à Ouagadougou sont les activités de fabrication (14,6 %), le commerce en détail (15,6 %) et en gros (8,2 %), le transport (5,8 %), la réparation automobile (5,7 %), la construction (5,9 %) et les activités spéciales de ménage (4,6 %) (INSD, 2022). Dès l'annonce des premiers cas positifs, le 9 mars 2020, plusieurs mesures ont été prises par le gouvernement pour interrompre la transmission. La fermeture des marchés et « *yaars* »[1], des frontières aériennes, terrestres, ferroviaires, l'instauration d'un couvre-feu et la mise en quarantaine des villes infectées sont annoncées le 21 mars 2020. Cette situation implique de s'interroger sur les effets de la Covid-19 sur le secteur informel. Comment les acteurs économiques des marchés de la capitale ont-ils vécu la Covid-19 ? Trois raisons rendent cette question pertinente.

D'abord, les effets économiques de la Covid-19 sur la vulnérabilité financière des ménages ont été parfois sous-estimés. Pourtant, les travaux menés au Bangladesh, au Nigeria, au Kenya et au Pakistan montrent que les personnes n'ayant pas de travail fixe et logeant dans les bidonvilles ont été rendues très vulnérables à la Covid-19. En outre, pour les membres des familles vivant dans la promiscuité, sans un bon accès à l'eau, le respect des mesures de distanciation sociale et sanitaire était impensable (Éboko & Schlimmer, 2020 ; Jones, 2022). Ensuite, des contestations publiques, passives ou actives, ont jalonné l'histoire de la lutte contre les épidémies. L'histoire de la peste en France et au Sénégal, à deux époques très éloignées l'une de l'autre, a mis en évidence de fortes similitudes dans les stratégies de riposte à la peste et l'attitude des hommes face aux mesures de prévention. Lors de l'épidémie de peste de 1666 en France, la mise en œuvre de la prophylaxie collective et le contrôle de la circulation des vecteurs ont conduit à un blocage de la circulation des hommes et des marchandises, avec l'instauration d'un « billet de santé ». L'interdiction de circuler a été perçue par les populations comme une brimade, particulièrement dans les zones commerciales où il y a eu un ralentissement des activités commerciales (Revel, 2015). Trois siècles plus tard, en 1917, à Saint-Louis du Sénégal, on retrouve à peu près les mêmes mesures de prévention et les réactions similaires des habitants. Les restrictions de déplacement et l'interdiction des ablutions effectuées dans les lieux publics avec les mêmes ustensiles ont été jugées arbitraires et contraires à leurs valeurs religieuses et à leurs normes culturelles par les populations, qui s'y sont opposées par des manifestations publiques pacifiques, puis violentes. En réaction, le colonisateur a procédé à l'arrestation des leaders et a interdit à leurs épouses de vendre le poisson au marché. En retour, les femmes ont défilé dans les rues pour manifester contre ces restrictions de vente (Ngalamulume, 2006).

Enfin, les travaux sur les épidémies dans les pays du Sud montrent le caractère inadapté des directives internationales (Kerouedan, 2014 ; Gaudillière et al., 2020 ; Al Dahdah et al., 2021). Ces réflexions soulèvent la question de la gestion de la santé publique internationale, sous les traits de la « santé

1 Le mot yaar, d'origine anglaise est utilisé depuis fort longtemps par les citadins pour désigner les marchés de quartier. Ce mot déformé a donné yaré en langue locale mooré. Les deux formes du mot sont utilisées. C'est la forme en quadrilatère (rectangle ou carré) des marchés qui est à la base de l'utilisation de ce mot (Bagbila, 1993).

globale ». Elle apparaît comme un nouveau concept qui succède aux anciens concepts de « santé internationale » et avant cela, à ceux de « médecine tropicale » ou de « médecine coloniale » (Al Dahdah et al., 2021, p. 15). Sa naissance remonte à la Déclaration d'Alma-Ata en 1978 à travers le lancement de la stratégie des soins de santé primaires (SSP). Elle va s'institutionnaliser dans la décennie 1985-1995 dans les institutions internationales qui seront le cerveau de la formulation des directives internationales en matière de santé. Le rapport coût/bénéfice devient un indicateur de choix des interventions en santé. La santé globale fera l'objet de vives critiques dénonçant son inefficacité dans les épidémies émergentes (Al Dahdah et al., 2021 ; Gaudillière et al., 2020). Ainsi, une enquête, conduite dans les marchés de Ouagadougou auprès des acteurs économiques rendus vulnérables par les effets des mesures de prévention, permet de saisir l'expression de ces tensions entre modes de gestion des épidémies et formes de critique inscrites dans une perception des inégalités sociales et géopolitiques. Après avoir décrit la méthodologie, nous présenterons les connaissances des commerçants sur la Covid-19, desquelles émergent les discours critiques, révélateurs de la réalité de leurs rapports à l'État et à ses élites locales : rapports faits de défiance vis-à-vis de l'autorité de l'État et de dénonciation de la corruption et de l'enrichissement illicite des représentants de l'État au travers de la manne récoltée pour la riposte contre la Covid-19. Les discours et pratiques de prévention ouvrent la réflexion sur la santé globale en contexte d'urgence sanitaire.

Approche méthodologique

Les données ont été produites grâce à une approche mixte combinant enquête par questionnaire et enquête à l'aide d'un guide d'entretien avec des acteurs essentiels du secteur informel et de l'administration publique impliqués dans la lutte contre la propagation de la maladie. La collecte des données a eu lieu au mois de mars 2021.

Collecte des données quantitatives

Le volet quantitatif a concerné 350 commerçants répartis dans cinq marchés de la capitale du Burkina Faso, Ouagadougou. Ces marchés ont deux statuts : ceux qui sont aménagés et gérés par la municipalité de la capitale (grand marché « Rood Woko » et marché du 10 « 10 yaar ») et ceux qui sont gérés par les associations de commerçants (marché de Cissin, marché de Toéssin et marché de la Zone 1). Les données quantitatives ont été collectées à l'aide du logiciel Kobocollect.

Les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés sont dans Tableau 1 :

Tableau 1 : Répartition des enquêtés selon le sexe, l'âge et le niveau d'études

Statut	Variable	Effectif	Taux
Sexe	Féminin	104	29,7 %
	Masculin	246	70,3 %
	Total	**350**	**100,0 %**
Niveau d'études	Analphabète	138	39,4 %
	Primaire	85	24,3 %
	Secondaire	97	27,7 %
	Supérieur	30	8,6 %
	Total	**350**	**100 %**

Tableau 1 : Répartition des enquêtés
selon le sexe, l'âge et le niveau d'études

Statut	Variable	Effectif	Taux
Âge	20-24 ans	53	15,1 %
	25-35 ans	154	44,0 %
	36-45 ans	90	25,7 %
	46- 60 ans	37	10,6 %
	Moins de 20 ans	10	2,9 %
	Plus de 60 ans	6	1,7 %
	Total	**350**	**100 %**

Le tableau montre la forte concentration de la population enquêtée dans les tranches d'âge 25-35 ans et 36-45 ans, qui représentent 69,7 % de la population enquêtée. Les populations les plus à risque à l'égard de la Covid-19, qui sont les personnes de plus de 60 ans, y représentent seulement 1,7 %, contre 60,8 % de personnes de moins de 35 ans – les moins touchées par cette pandémie. L'enquête a aussi choisi de diversifier les enquêtés selon leur statut économique. Ainsi, la composition de la population enquêtée traduit la diversité des acteurs du marché, soulignant que le groupe des commerçants n'est pas homogène.

En effet, dans le marché, on retrouve des propriétaires de boutiques, des employés, des démarcheurs, mais aussi des visiteurs, comme l'illustre le tableau nº 2.

Tableau 2 : Répartition des enquêtés
selon leur statut économique dans les marchés.

Statut économique	Effectif	Taux
Démarcheur/Rabatteur	11	3,1 %
Employé de commerçant	120	34,3 %
Propriétaire de boutique	179	51,1 %
Visiteur	40	11,4 %
Total	**350**	**100 %**

Les propriétaires des boutiques représentent la majorité des enquêtés, avec 51 %, suivis des employés (34 %). Les employés et les « démarcheurs » constituent une population vulnérable sur le plan économique, avec des emplois instables.

La collecte des données qualitatives

Le second volet de la collecte des données a été la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès des différents acteurs. Son objectif était d'arriver à saisir les représentations et les stratégies des acteurs face à la maladie. Il a concerné des propriétaires de boutiques, mais aussi des acteurs administratifs des marchés et des agents de la police municipale ayant concouru au respect des mesures barrières dans les marchés et yaars. Les commerçants ont été interviewés dans les marchés. Les acteurs institutionnels (police, gestionnaires des marchés, responsables des associations de commerçants) l'ont été dans leurs locaux. L'enquête qualitative a concerné 31 personnes réparties comme suit :

Tableau 3 : Profil des enquêtés durant l'enquête qualitative

Statut	Nombre
Police municipale	2
Autorité municipale	5
Agence de gestion des équipements marchands	1
Responsables de commerçants	21
Responsables de femmes commerçantes	2
Total	**31**

Résultats

L'invisibilité de l'épidémie de la Covid-19 dans les marchés

Le 9 mars 2020, le Burkina Faso découvre les premiers cas positifs de Covid-19 ; il s'agit d'un couple de pasteurs évangélistes revenant d'une campagne d'évangélisation en France. Après les atermoiements de l'État, qui se refuse à dévoiler l'identité de ces cas zéro, les citoyens découvrent l'identité du couple à travers les réseaux sociaux. Le Comité national livre périodiquement dans les médias un compte rendu du nombre de cas de contamination et de décès au sein de la population. Une catastrophe sanitaire est annoncée à partir des estimations des chercheurs. Leur prévision envisage 9 millions de cas avec 850 000 décès, et le pic épidémique serait atteint en avril 2020. Une intervention efficace pourrait stabiliser l'épidémie à 1 200 cas avec 100 décès par jour (Guiro et al., 2020). Cependant, pour les acteurs des marchés, la Covid-19 n'existe qu'à travers les malades médiatisés issus des élites locales, à savoir les ministres, les ambassadeurs et les hauts fonctionnaires.

L'invisibilité de la menace dans la vie quotidienne des commerçants est traduite par l'un d'eux en ces termes :

> Aucun commerçant ni un membre de sa famille que je connais n'a été infecté. Je n'ai jamais même vu une personne infectée ; c'est un mensonge d'État, un genre de business de l'État. Le marché est plein de gens qui viennent, mais personne n'a jamais confirmé qu'un membre de sa famille est infecté… et n'a jamais entendu, dans leur entourage ; nous avons aussi appris qu'une femme serait décédée de la maladie, selon les propos du gouvernement, mais sa famille dit le contraire. Aussi, ils ont dit que des Chinois sont venus pour soigner la maladie, mais n'ont même pas fait plus d'une semaine, et sont repartis en disant qu'il n'y a pas la maladie au Burkina Faso. Tout justifie que les gens ne croient plus aux dires de l'État à propos de la maladie ; les gens doutent de la véracité des propos du gouvernement sur la maladie. [Commerçant, marché Rood Woko]

Une autre commerçante ajoute :

> On a dit « d'éviter le rapprochement » ; donc on était confiné à la maison et même quand on avait de la visite, on a peur de recevoir la personne. À propos du nombre de décès annoncé, rien n'a été signalé chez nous. Nous n'avons point vu à notre niveau un cas suspect. [Commerçante, marché Rood Woko]

Au cours d'un autre entretien, l'enquêteur demande à une commerçante si elle connaît une personne infectée dans son milieu ; sa réponse est exclamative : non ! Elle ajoute qu'abstraction faite de la télévision et des réseaux sociaux, elle ne connaît pas un seul malade. Elle émet même des doutes sur l'existence de la maladie parmi les pauvres. Pour elle, il s'agit d'une maladie de l'Europe. Elle déclare ceci :

> Lorsque l'on dit qu'elle existe, au fait, cette maladie d'Europe qui fait souffrir les Blancs ne peut pas avoir un grand effet sur nous les Africains. En ce qui concerne les maladies de l'Afrique [ayant une incidence et une prévalence très élevées]… parmi tant d'autres, la tuberculose, qui n'est pas à confondre avec la maladie des Blancs. Mais les pays de l'Afrique possédant la neige sont beaucoup plus touchés. Avec ce soleil, cette chaleur [qui] nous accable, cette maladie ne peut résister. [Commerçante, 10 *yaar*]

Les discours sur l'invisibilité de la maladie, voire son inexistence, fondent leur légitimité sur deux arguments. D'abord, la focalisation des médias sur les malades issus des classes aisées renforce l'idée d'une pathologie des « riches », une « maladie de la neige », « du froid » et de la « climatisation ». Ensuite, la faible capacité de dépistage au début de l'épidémie a donné naissance à des controverses publiques sur l'identification de la maladie. Un seul laboratoire était capable de confirmer les cas positifs dans un délai minimal de 72 heures.

C'est ainsi que la mort d'une députée de l'Assemblée nationale a été au centre de déclarations contradictoires ; celles de la famille s'opposant à celles du ministère de la Santé, sur la cause de son décès. Au moment où la famille parle de diabète connu et sous traitement, le ministère en fait le premier cas de décès dû à la Covid-19 lors de sa conférence publique (Douce, 2020). Cette querelle vient renforcer le scepticisme des commerçants quant à la réalité de la maladie.

À défaut d'une expérience individuelle de la maladie, l'influence des médias et des campagnes de sensibilisation de masse semble avoir produit chez les commerçants des connaissances objectivées sur la maladie.

Les savoirs objectivés sur la Covid-19 chez les acteurs des marchés

Les savoirs objectivés apparaissent ainsi dans les discours des acteurs du marché. Modes de contamination et mesures de protection semblent être bien connus et récités parfois de manière mécanique. Le tableau suivant récapitule les opinions :

Tableau 4 : Connaissance des modes de contamination par les acteurs des marchés

Mode de contamination	Nombre de réponses	Taux
Par contact	296	31,4 **%**
À travers la respiration	281	29,8 **%**
En se serrant les mains	217	23,0 **%**
En mangeant ensemble	79	8,4 **%**
En côtoyant les personnalités	41	4,3 **%**
Décision de Dieu	30	3,2 **%**
Total	**944**	**100 %**

L'ensemble des enquêtés semble avoir une bonne connaissance des voies de contamination de la maladie. Ils mettent en cause les relations de proximité comme « être en contact » avec une personne malade (31,4 %) ; la respiration (29 %) ; « serrer les mains » (23 %) et « manger ensemble » (8,4 %). Seule une minorité cite le fait de « côtoyer une personnalité » (4,3 %) et la « décision de Dieu » (3,2 %). Ces savoirs théoriques se sont formés à la suite du tapage médiatique au moment du pic épidémique. En effet, le tableau 5 indique les canaux d'information des acteurs des marchés.

Tableau 5 : Les sources d'information des acteurs du marché

Sources d'information	Nombre de réponses	Taux
Radios	306	26,3 %
Chaînes de télévision	292	25,1 %
Par bouche-à-oreille	259	22,3 %
Réseaux sociaux	146	12,6 %
Affichage	77	6,6 %
Médias en ligne	51	4,4 %
Presse écrite	27	2,3 %
Autres	4	0,3 %
Total	**1 162**	**100,0 %**

La principale source d'information a été la radio (26,3 %), qui est suivie par les chaînes de télévision (25,1 %), la communication informelle (22,3 %) et les réseaux sociaux (12,6 %). La situation de fermeture des marchés et la limitation des déplacements sont propices au recours à ces médias et aux causeries dans les quartiers. C'est ainsique les commerçants ont également une relative bonne connaissance des mesures de prévention.

Tableau 6 : La mesure de prévention la plus efficace contre la Covid-19

Mesure la plus efficace	Nombre de réponses	Taux
Port de cache-nez	201	57,4 %
Lavage des mains	77	22,0 %
Observer une distanciation physique d'au moins un mètre	38	10,9 %
Utilisation du gel hydroalcoolique	17	4,9 %
Ne pas se serrer les mains	14	4,0 %
Tousser/éternuer dans le coude	3	0,9 %
Total	**350**	**100 %**

Les commerçants citent le « port du cache-nez » (57 %), suivi du « lavage des mains » (22 %), de la « distanciation physique » (10,9 %) et de l'utilisation du gel (4,9 %). Les discours des commerçants tendent à faire ressortir qu'ils ont une bonne connaissance de la maladie, même s'ils n'en ont pas une expérience individuelle. Sur l'origine de la pathologie, des discours marginaux sont produits, l'envisageant soit sous la forme d'une manipulation scientifique de l'Occident, soit sous la forme d'une sanction divine. L'argument qui leur est sous-jacent est que la Covid-19 est une pathologie qui révèle les inégalités sociales dans la société : d'un côté, les élites locales bénéficiant des rentes de la Covid-19 et de l'autre, les citoyens ordinaires, y compris les commerçants, rendus vulnérables par la maladie.

La vulnérabilité économique des acteurs des marchés

Avec la fermeture des marchés et lieux de commerce, la Covid-19 est devenue un symbole de la souffrance morale, de la précarisation des dominés, et surtout de l'imposition des décisions de l'Occident. « Ne pas savoir où mettre la tête » exprime toute la lassitude, le sentiment de harcèlement du monde occidental envers les acteurs locaux. À ce titre, un responsable des commerçants exprime sa douleur en ces termes :

> Je peux dire que la maladie est venue pour nous détruire, même si elle n'a pas détruit tout le monde entier, elle a détruit le Burkina Faso. Vous savez que ce marché, c'est l'économie de tout le pays. Si vous allez voir au moment où on a voulu fermer le marché, on n'était pas d'accord. C'est vrai qu'on entend parler de la maladie, mais si on nous invitait à discuter, peut-être on n'allait pas fermer le marché de cette manière. On pouvait trouver des solutions pour nous protéger et continuer de pratiquer un peu nos commerces. Mais ils disent que non ; comme les autres pays ferment, nous aussi, c'est mieux de fermer, en oubliant que les autres pays ne gèrent pas leur population de [la même] manière que nous gérons. Si nous prenons l'exemple de la Côte d'Ivoire avec leur économie, la manière de s'occuper ne peut pas être la même ; ce n'est pas parce que l'autre fait que, moi aussi, je vais faire. [Commerçant, 10 *yaar*]

Un autre commerçant ajoute :

> Sinon que ce fut une grande douleur pour la population, particulièrement nous, les commerçants. Nous sommes allés acheter nos marchandises pour revendre et brusquement l'on ferme le marché. Ce fut une misère pour nous, les vendeuses de légumes. Nos marchandises se sont putréfiées et ce fut une grande perte. Hormis cela, il y en a de ces gens, tant qu'ils ne se rendent pas au marché, ils ne peuvent pas avoir de quoi se nourrir. Ils viennent, prennent les marchandises chez une autre personne et partent revendre dans le but de nourrir [leur] famille. Mais à cause de cette situation de pandémie, toutes ces sources de revenus (ou activités) ont été interrompues et cela a entraîné la misère chez les petits commerçants, une véritable douleur. C'était une obligation pour d'autres de quémander à son prochain pour se nourrir. Nous rendons grâce à Dieu pour ce que nous sommes toujours en bonne santé après ce confinement, nous lui disons vraiment merci. [Commerçant, marché Rood Woko]

Les petits commerçants et les journaliers ont ressenti les chocs de cette situation d'appauvrissement. Un autre commerçant renchérit :

> Avec la fermeture des frontières, nous avions des commerçants qui venaient de la Côte d'Ivoire, du Mali, du Ghana, mais qui ne viennent plus à cause de cette fermeture. Ils étaient nos plus grands clients. La maladie nous fatigue beaucoup, car il n'y a plus de marché. [Commerçant, marché de Cissin]

Cet administrateur du marché renchérit sur les propos des commerçants en ces termes :

> Les plus nantis s'en sortent, mais ceux qui vivent le jour au jour, tant qu'ils ne viennent pas au marché, on ne chauffe pas la marmite ; ils ont vraiment souffert. Prenez un peu tout ce monde qui gravite autour du marché : les ambulants, les vendeuses d'oranges et autres, qui doivent venir au marché pour avoir leur pitance quotidienne ; ils font comment pour se nourrir ? Pour les grands commerçants qui ont déjà une stabilité financière, c'est l'écoulement des marchandises qui pose problème. Mais ceux qui gravitent autour des grands commerçants, qui ne sont pas vraiment stables, ce sont eux qui sont vulnérables. Ces derniers ont souffert, et c'était une souffrance réelle. [Administrateur, marché Rood Woko]

La fermeture des frontières est assimilée à un emprisonnement, donc à une contraction de l'espace de mobilité. Une commerçante déclare :

> Avec la fermeture des frontières, nous avons souffert. Tu passes ta commande avec la couleur et les tailles et on t'envoie autre chose. Tu te retrouves dans l'obligation de faire avec, car tu ne peux pas te déplacer. Mon souhait est que l'ouverture des frontières se réalise

> avec toutes les précautions possibles. Cela ne veut point dire que nous ne croyons pas à la maladie. Juste que nous ne supportons plus cette prison qui nous empêche de nous réaliser. Ne faisons pas de la Covid la base de notre préoccupation quotidienne, car en dehors d'elle, il y a bien d'autres maladies plus graves qui tuent. [Commerçante, 10 yaar]

La vulnérabilité financière a engendré une expérience nouvelle de la souffrance chez les commerçants. Dès lors, des formes de résistance vont apparaître, avec des discours critiques sur les élites et au sein des pratiques collectives de prévention de la Covid-19.

Les résistances contre les mesures de prévention de la Covid-19

Les mouvements de contestation sont allés crescendo. Deux modalités ont été constatées : une forme passive et circonscrite à l'espace du marché, et qui mobilise des arguments pragmatiques, et une forme active dans l'espace public, mobilisant des logiques politiques et économiques.

La prévention de la Covid-19 dans les marchés : une utopie

Les marchés de la ville de Ouagadougou constituent un ensemble de centres d'activités commerciales multiples, répartis sur tout l'espace de la ville. La capitale totalise 37 marchés fonctionnels, dont la plupart sont sortis des espaces prévus pour leur emplacement et occupent de manière anarchique des réserves administratives (Bagbila, 1993). Ces marchés sont considérés comme des zones de concentration potentielle de virus en cas d'épidémie. C'est ainsi qu'une des mesures de prévention de la Covid-19 a consisté en leur fermeture. Mais à la suite des marches et des contestations des acteurs des marchés, ceux-ci ont été rouverts, en même temps qu'y était mise en place une stratégie particulière de prévention de la Covid-19. Deux types de lave-mains ont été installés aux portes d'entrée des marchés. L'un, de type « moderne », directement connecté au réseau de distribution d'eau de l'Office national de l'eau et de l'assainissement (ONEA), grâce au financement du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD). L'autre, de type « traditionnel » fabriqué par les artisans locaux, est muni d'un seau d'eau de lavage et d'un récipient de recueil des eaux sales.

Ce modèle de lave-mains a été financé par la commune. Le fonctionnement de ce système suppose qu'une personne soit chargée de remplir le récipient d'eau et de vider les eaux sales. Les associations de commerçants ont cotisé pour octroyer une compensation financière aux jeunes commerçants impliqués dans la sensibilisation des usagers des marchés. Des policiers municipaux, venus en appui aux jeunes du programme national de volontariat, ont été postés à toutes les portes des marchés pour veiller au respect des mesures de prévention. Plusieurs contraintes sont apparues dans le fonctionnement des lave-mains. Au lieu de laver effectivement les mains, les dispositifs d'hygiène ont été utilisés pour les ablutions et le lavage des linges et des ustensiles de cuisine. Les récipients de recueil des eaux sales se remplissaient à un rythme élevé et les volontaires, lassés de les vider dans les caniveaux de l'intérieur des marchés, les déversaient sur place. Les lieux d'installation des lave-mains étaient devenus humides et crasseux au point que les usagers des marchés ont commencé à renoncer à leur utilisation. Au fil du temps, les volontaires recrutés par les associations de commerçants ont cessé de recevoir leur prime financière pour la sensibilisation. Au bout de deux mois, les dispositifs de lave-mains, n'étaient plus fonctionnels.

Concernant les pratiques de prévention, certaines mesures sont jugées convenables par les commerçants. Il s'agit du port des cache-nez, du lavage des mains avec le gel hydroalcoolique. En revanche, le mode de salutation et la distanciation physique relèvent de l'impensable. Le tableau récapitule les opinions des acteurs des marchés.

Tableau 7 : Pratiques des mesures de protection par les commerçants.

Mesures que vous observez	Nombre de réponses	Taux
Port de cache-nez	315	38,7 %
Lavage des mains	209	25,7 %
Utilisation du gel hydroalcoolique	130	16,0 %
Ne pas se serrer les mains	88	10,8 %
Distanciation physique	42	5,2 %
Tousser dans le coude	30	3,7 %
Total	**814**	**100 %**

Les mesures de protection contre la Covid-19 ont été peu appliquées : environ 38,7 % ont utilisé le masque, 25,7 % le lavage des mains, 16 % le gel. Pour les autres mesures, l'observance a été faible, notamment pour les « salutations » (10,8 %) et la distanciation physique (5,2 %).

Un commerçant explique le non-respect de certaines mesures :

> Vu le nombre élevé des gens dans le marché et les clients que nous recevons, se laver régulièrement les mains nous paraît plus difficile à suivre, car avec les multiples contacts, s'il faut à chaque fois se laver les mains, cela nous paraît impossible. Sinon, pour le port des masques, il n'y a aucun souci. [Commerçant, 10 yaar]

Un gestionnaire administratif du marché donne également son opinion dans le cadre du suivi des mesures de protection dans le marché :

> Dans un marché, la distanciation et ne pas se saluer relèvent de l'utopie. On ne pourra jamais faire respecter ces consignes. Les commerçants ont même eu à nous dire que ce n'est pas un supermarché [rire !], puisque c'est dans un supermarché que tu peux dire à 20 personnes de rentrer ; quand elles vont sortir, les 20 autres vont rentrer, ça, c'est dans un supermarché qu'on peut faire ça [rire], je me rappelle même qu'au début de la réouverture du marché, on avait proposé d'ouvrir les boutiques de manière alternée, c'est-à-dire celui-là ouvre aujourd'hui et l'autre demain ; ils ont dit que ce n'était pas possible, parce que si on fait comme ça, les clients qui viennent de l'intérieur du pays, s'ils arrivent et qu'ils trouvent que la boutique est fermée, ils vont aller payer ailleurs et le commerçant va perdre un client ; donc dès le début ils se sont opposés à cette mesure.

Au bout de quelques semaines, il y avait du désordre dans le marché. Un gestionnaire en donne une description :

> À l'intérieur du marché, c'est du laisser-aller ; quand on interpelle un commerçant qui n'a pas porté le cache-nez, il te répond que quand lui, il porte, il ne peut pas respirer, que son cache-nez, là, n'est pas adapté, donc il ne peut pas porter à tout moment et que, si tu as de l'argent [à] donner, il va aller acheter le vrai [plus confortable]. Les gens passaient, pour sensibiliser, mais comme il n'y avait pas de répression, on fait comment ? Si le gars refuse, qu'est-ce qu'on peut faire ?

Les soupçons de corruption des élites locales

Les résistances aux recommandations du gouvernement puisent une justification dans les nouvelles expériences de paupérisation chez les acteurs du marché, qui soupçonnent les élites locales de s'enrichir grâce aux financements liés à la Covid-19. Une grande partie des commerçants dénonce une « maladie politique ». En employant ce terme de « politique », les commerçants dénoncent les fonds colossaux mobilisés en si peu de temps pour la riposte contre la Covid-19, la corruption des élites et l'inégalité d'accès aux aides sociales promises par l'État. Le plan de financement de la riposte contre la Covid-19

était estimé à 157,86 milliards de francs CFA avec un taux de mobilisation de 64 % fin novembre 2020. La part de l'État représentait 26,2 % ; la contribution des partenaires techniques et financiers (PTF) s'élevait à 34,5 % et les contributions privées représentaient 3,3 %. Le financement à rechercher est estimé à 36 % (ministère de la Santé, 2020). Un « Coronathon », une collecte populaire et citoyenne de fonds, fut organisé par le président de l'Assemblée nationale. Environ deux millions de personnes ont été touchées sur les réseaux sociaux et près de 450 millions de francs CFA ont été collectés au cours d'une grande soirée hautement médiatisée (Soudré, 2020).

À la date du 31 décembre 2020, soit après dix mois, quelque 33 milliards de francs CFA ont été dépensés par le gouvernement (ASCE-L, 2021). Les bénéficiaires sont les hôpitaux, les associations religieuses, les associations de commerçants et les services déconcentrés et décentralisés de l'État. Mais très vite, au sein de certaines associations de veille citoyenne et chez les populationws des villes, la Covid-19 est apparue comme une stratégie permettant aux élites politiques de s'enrichir et ce, après la publication du budget du plan. Les partis de l'opposition s'en sont mêlés et ont dénoncé les dépenses indirectement liées à la santé dans la lutte contre la pandémie. Le concept de « corona-business » est apparu dans la presse et dans les discours populaires. Les commerçants voyaient les individus de la haute société qui, à travers leurs dons, exhibaient leur richesse. La générosité de l'État et celle de ses agents sont devenues suspectes. Les polémiques publiques sur la prise en charge des agents de la santé impliqués dans la lutte contre la maladie ont fini par convaincre tout à fait les commerçants que les acteurs étatiques ont intérêt à ce que la maladie continue. Un responsable des commerçants déclare ceci :

> En plus, on a trouvé que la maladie était source de richesse parce qu'on voyait des riches qui faisaient des dons ; les autres pays fournissent des aides et ça n'atteint pas à la population cible ; ça restait entre eux seulement. Donc, on ne peut pas continuer de se tuer alors qu'on ne gagne rien et eux prenaient leurs salaires. [Responsable des commerçants, 10 yaar]

Pour ces commerçants, la Covid-19 est devenue une forme d'arnaque politique et économique, dont les élites de l'État sont les bénéficiaires. Les mesures sociales du gouvernement pour atténuer l'impact de la Covid-19 sur les ménages pauvres semblent paradoxalement inefficaces. Les aides sociales, mal réparties, sont perçues comme une atteinte à leur dignité d'hommes et de femmes autonomes et indépendants. Un commerçant raconte :

> Je n'ai reçu aucune chose de leur don. Mais tout ça, c'est la mauvaise gestion, parce qu'on aime dire que c'est celui qui se trouve dans la maison qui connaît là où le toit a un trou ; donc c'est nous qui sommes sur le terrain qui savons là où ça ne va pas. [Responsable des commerçants, 10 yaar]

En outre, les aides sociales promises par l'État n'ont pas été équitables :

> Nous n'avons pas eu une importante aide. Seulement qu'on a donné environ quarante sacs de riz de 25 kg pour tout le marché. À part cela, nous n'avons pas eu d'aide financière. Nous n'en avons pas vu ; il se pourrait que ça ait été fait ailleurs, mais à notre niveau nous n'avons rien eu de plus. [Commerçant, 10 yaar]

Il est soutenu par son camarade en ces termes :

> Nous n'avions rien vu, n'en parlons pas de recevoir. Juste qu'ils ont fermé le marché pour nous faire souffrir. On dépensait sans travailler. Ce n'était pas facile. J'ai l'habitude de payer 18 000 F/mois comme facture d'électricité. À ma grande surprise, 45 000 CFA, mes plaintes n'ont pas abouti. Et c'est la même réalité avec la facture d'eau. Pourtant, l'on nous faisait croire que c'était gratuit. Ils [l'État] ont tout récupéré. [Commerçant, 10 yaar]

L'apparition des nouveaux produits, à savoir les gels hydroalcooliques, les masques, et les tests de dépistage, dans l'univers quotidien des commerçants, est réinterprétée comme une complicité économique avec l'impérialisme occidental. Le slogan de résistance aux stratégies de prévention, « mieux vaut mourir de la maladie que de la faim », a circulé dans les marchés de la capitale.

Le 25 avril 2020, les marchés sont rouverts et remis en fonctionnement (Kaboré, 2020). Entre pairs, les commerçants dénoncent le comportement des politiciens lors de la campagne présidentielle de 2020 en ces termes :

> Ils ont fait leurs campagnes présidentielles sans même exiger les cache-nez ni se laver régulièrement les mains au savon. Et après leurs élections, ils veulent revenir nous dire de fermer nos activités qui nous permettent de prendre nos familles en charge parce qu'ils ont eu le pouvoir ? À ce niveau ça sera difficile. L'État même sait qu'il [ne] peut plus prendre cette décision, car les gens vont les rappeler [à] ce qu'ils ont fait pendant les campagnes. Le nombre de cas positif a augmenté depuis que les campagnes sont passées et on pourrait même les tenir pour responsables. Donc s'ils reviennent nous dire aujourd'hui de fermer les marchés, car le nombre a augmenté, je ne sais pas, mais ça ne sera pas facile pour eux. [Commerçant, marché Rood Woko]

Un discours populaire a émergé contre les mesures barrières édictées par le gouvernement, car les uns et les autres n'ont pas les mêmes priorités ni les mêmes vulnérabilités. On a assisté à des émeutes contre la fermeture des lieux de culte par les adeptes de la religion musulmane obligeant l'État à lever cette mesure au début du mois de mai 2020 (Fédération des Associations islamiques du Burkina, 2020). L'obsession sécuritaire internationale, avec la fermeture des frontières, est devenue une forme de complicité de l'État avec le monde occidental pour imposer une forme de capitalisme dans les rapports commerciaux. La Covid-19 fonctionne alors comme un « pôle d'accumulation » qui renvoie à l'élaboration d'un noyau d'activités qui visent à procurer des ressources aux élites (Laurent, 2000).

Discussions

Les discours sur les expériences de précarisation et les pratiques de contestation des mesures de prévention de la Covid-19 ouvrent une perspective pour analyser l'articulation entre la dimension sanitaire et la dimension politique de la crise épidémique.

La dimension sanitaire de la crise épidémique

Les premiers cas de contamination de la Covid-19 indiquent un événement inhabituel. En général, les maladies infectieuses ont une relation avec la situation de pauvreté (Jaffré, 2006). Or, dans ce cas-ci, la maladie est entrée par le haut de la société, à savoir les classes aisées. Cette situation va induire une construction sociale du risque viral fondée sur la différenciation entre le risque observé et le risque perçu (Setbon, 2006). Le risque observé est un produit de l'épidémiologie. Sa matérialisation est le décompte des cas positifs et des décès diffusés dans les médias. Le risque perçu se construit selon de multiples références (Jaffré, 2006) ayant une pluralité de contenus possibles (Setbon, 2006). Chez les acteurs économiques des marchés de la capitale, la Covid-19 est avant tout une menace invisible. Très peu d'individus déclarent connaître une personne atteinte de la maladie, dans leur entourage, en dehors des cas diffusés dans les médias. En l'absence d'expérience individuelle de la maladie, la menace venue de l'extérieur du pays n'est pas une réalité concrète. La seule réalité patente est l'injonction des autorités d'adopter des comportements de prévention qui modifient de manière significative le quotidien. C'est ainsi que Le Breton rappelle à juste titre que le « discours de prévention est envahissant et enveloppe la vie quotidienne de jugements de valeur » (Le Breton, 2018, p. 98). Dans un contexte où la maladie n'existait pas socialement (Jaffré, 2006), le risque perçu a été sous-évalué, débouchant sur des attitudes d'atténuation du risque (Setbon, 2006) dans les discours comme dans les pratiques de prévention. Au début de la pandémie, l'abondance et le contenu des messages produits par les médias vont créer une forme de savoir objectivé sur la Covid-19. Les commerçants récitent de mémoire les voies de contamination, les moyens de protection, mais ne se les approprient pas dans la vie quotidienne. Trois moments clés structurent les comportements préventifs des commerçants à l'égard de la maladie : un temps d'adhésion aux directives de prévention, à cause de la dramatisation du phénomène ; un temps de relâchement à la suite des polémiques publiques ; et un moment de résistance contre les mesures de protection. Ces attitudes renforcent l'idée qu'il faut relativiser l'impact

de la connaissance sur les comportements à risque (Setbon, 2006), car l'adhésion à une stratégie de prévention au niveau individuel implique la croyance en sa propre vulnérabilité, la compréhension de la gravité de la maladie (Jaffré, 2006).

En effet, connaître les mesures préventives ne signifie pas automatiquement les accepter ou pouvoir les mettre en œuvre : leur adoption induit une négociation invisible entre les multiples contraintes et les représentations de la maladie (Jaffré, 2006). Chez les commerçants, la Covid-19 a été également reçue comme une incertitude radicale, étant donné que personne ne pouvait prévoir la fin de la pandémie. Cette incertitude va se matérialiser dans les contenus de messages éducatifs largement hétéroclites, contradictoires d'une source à l'autre. Les incertitudes vont porter sur l'origine du virus, sur sa propagation très inégale, sur ses mutations, sur la bonne méthode pour s'en prémunir (Morin, 2022). C'est pourquoi les commerçants invitent les autorités sanitaires à changer de stratégie de lutte : « apprendre à vivre avec le virus ». Cette suggestion est une reconnaissance explicite du changement radical, qui se caractérise par une paupérisation silencieuse, que la Covid-19 a entraînée dans leur quotidien. Les mesures de sécurité et les restrictions prises par le gouvernement ont fragilisé davantage les citoyens les plus vulnérables, rappelant que la crise sanitaire doit être comprise comme une crise politique.

La dimension politique de la crise épidémique

Les mesures de prévention contre la Covid-19, le couvre-feu et la mise en quarantaine de certaines villes pendant trois mois ont entraîné des fragilités économiques qui sont à la base des discours critiques à l'égard du gouvernement. Le refus d'adhérer aux directives de prévention de l'État soulève la question de la citoyenneté et également celle des interventions internationales globalisées. L'épidémie a mis en exergue une crise de la citoyenneté. Les résistances aux directives nationales montrent que certains commerçants rendus précaires se sentent des citoyens « de seconde classe » (Mutabazi, 2020, p. 5) par rapport aux élites locales. La maladie est devenue une grille de catégorisation des agents de l'économie de l'État burkinabê en fonction de trois segments : les « fonctionnaires », dont les salaires sont garantis par l'État, les hommes d'affaires, détenteurs de grandes surfaces de commerce, et les petits commerçants dont la subsistance journalière dépend de leurs activités économiques. Cette reconfiguration touchant aux rapports de citoyenneté met en vis-à-vis deux types de citoyens, l'un englobant l'État et ses agents agissant comme des acteurs dominants, prédateurs de ressources et représentants locaux de l'Occident, et l'autre les laissés-pour-compte et les dominés subissant les mesures préconisées par les dominants.

En ce sens, la crise sanitaire pose la question du droit à une vie digne pour chaque individu. La quête de celle-ci implique de prendre en compte les différentes significations de la vie (Fassin, 2006). D'abord, la citoyenneté biologique (Petryna, 2004), qui, comme droit à la vie, suppose que l'État garantisse un accès équitable aux aides alimentaires et autres formes de soutien à toutes les personnes rendues précaires. Ensuite, et dans sa traduction biographique, la citoyenneté renvoie à la reconnaissance sociale des plus vulnérables, à la possibilité d'avoir accès aux services en fonction de ses besoins. Enfin, la citoyenneté va au-delà de la vie biologique et de la vie sociale pour intégrer une dimension morale dans les choix politiques (Fassin, 2006). Il s'agit de la lutte contre les inégalités sociales productrices des différentes formes d'injustice ou du manque de reconnaissance (Mutabazi, 2020, p. 5). Dans ce sens, la citoyenneté sanitaire reconnaît les droits politiques des individus à participer non seulement à la formulation et à la mise en œuvre des stratégies de santé les concernant, mais également à lutter pour des ressources médicales limitées (Petryna, 2004) au niveau national et supranational (Mutabazi, 2020). C'est pourquoi le succès de la lutte contre l'épidémie dépend de la légitimité du gouvernement et des capacités financières et politiques de l'État (Jones, 2022).

L'épidémie a également révélé les limites des interventions globalisées. Les commerçants voient le mimétisme de l'État dans l'application des mesures de lutte comme une sorte de domination de l'Occident. Il s'agit d'une ignorance épistémique, car ceux qui prennent les décisions en réponse à la Covid-19 sont incapables de pleinement se mettre à la place des groupes vulnérables dans la société. Ces solutions reflètent souvent, implicitement, les cadres et les structures de pouvoir de la santé globale et reconduisent par ce fait les formes d'ignorance des décideurs (Al Dahdah et al., 2021) concernant les effets de la maladie sur les activités économiques. L'uniformisation des modèles d'intervention

est critiquée comme une forme d'ignorance stratégique de la part des acteurs centraux, qui n'ont pas suffisamment pris en compte les réalités locales (Al Dahdah et al., 2021). L'ignorance stratégique renvoie au fait de prendre des décisions stratégiques sans tenir compte des réalités du contexte. Dans ce cas-ci, les experts du Comité national et les membres du CORUS ont été accusés par les commerçants d'avoir transposé un modèle d'intervention inadapté et inapproprié au Burkina Faso. Les reproches, formulés à l'encontre du monde occidental faisant de la Covid-19 une priorité d'action, alors qu'il existe d'autres pathologies, plus graves et plus mortelles, mettent en évidence une déformation de la réalité telle que regardée en surplomb par les experts internationaux. Cette situation, qualifiée de « myopie » par les experts du Sud, est une caractéristique des programmes de santé globale, qui ciblent des pathologies particulières selon leurs propres critères (Al Dahdah et al., 2021). Pour les acteurs économiques, les mesures prises semblent avoir été fondées sur des représentations confuses et illogiques de la maladie (Revel, 2015), car, dans leur quotidien, la maladie n'est pas une réalité.

Ces discours dénoncent l'universalisme de l'approche épidémiologique du risque, qui se heurte à l'approche perceptive, située, elle, dans le temps et l'espace, singularisée et contextualisée tant au plan sociétal qu'individuel (Setbon, 2006). C'est ainsi que la santé globale sera l'objet de vives critiques. D'abord, sa stratégie d'intervention est fondée sur une logique de sélection et de triage des politiques et des bénéficiaires. Ensuite, elle serait inefficace dans la riposte contre les nouvelles épidémies. Elle fut naguère critiquée pour son retard dans l'intervention de l'épidémie d'Ebola en Guinée et en Sierra Leone (Gaudillière et al., 2020). Enfin, elle est perçue par les experts du Sud comme « un des outils les plus efficaces de domination et de contrainte sociale, politique, et épistémologique » (Al Dahdah et al., 2021, p. 15) du Nord sur le Sud, propageant ainsi la suprématie d'une médecine publique coloniale dans laquelle les colonisés sont perçus comme des ignorants, y compris de leurs propres maladies (Al Dahdah et al., 2021). Ce faisant, la Covid-19 apparaît comme une épreuve existentielle pour les commerçants, mettant à nu le décalage entre les réalités des terrains et les directives de la santé globale.

Conclusion

Les mesures barrières préconisées par les experts en santé publique vont fonctionner comme des instruments du néocolonialisme au détriment des petits commerçants vivant dans la débrouillardise. La Covid-19 demeure un objet de polémique entre les différents acteurs nationaux et internationaux engagés dans la riposte. L'expérience de la souffrance des commerçants de la ville de Ouagadougou les amène à produire un discours qui cristallise, à partir de la réduction de leur circulation entre différents États pour le commerce, la relation de l'Afrique au monde du point de vue de la construction du risque. Il convient de noter l'émergence d'un discours virulent à l'endroit de l'Occident, accusé d'imposer les politiques de prévention sans tenir compte des réalités contextuelles. En effet, confrontés à d'autres pathologies plus mortelles, les commerçants s'interrogent sur le choix de mener un rude combat contre la Covid-19. Celui-ci fonctionne comme un miroir au travers duquel les commerçants évaluent l'humanisme de l'Occident. Finalement, il n'y a pas de solution universelle dans la lutte contre la Covid-19. Les citoyens revendiquent une approche locale qui prend en compte les priorités de la vie quotidienne.

Bibliographie

Al Dahdah, M., Falisse, J. B., & Lurton, G. (2021). Ignorance et santé globale. *Revue d'Anthropologie des Connaissances*, *15*. mis en ligne le 1er décembre 2021, consulté le 4 décembre 2021, sur http://journals.openedition.org/rac/23685.

Autorité supérieure de contrôle d'État et de lutte contre la corruption (ASCE-L). (2021). *Audit des dépenses effectuées dans le cadre du plan de riposte du Covid-19 au 31 décembre 2020* (Rapport de mission sur les constatations de faits sur la période arrêtée au 31/12/2020).

Bagbila, A. J. (1993). Les marchés urbains de Ouagadougou. *mémoire de maîtrise en géographie, Université de Ouagadougou,* 152 p. https://beep.ird.fr/collect/depgeo/index/assoc/BAGADR93/BAGADR93.pdf [consulté le 16 août 2022].

Douce, S. (2020). Au Burkina Faso, la polémique sur la gestion de la lutte contre le coronavirus enfle. *Le Monde*, *13*. https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/05/13/au-burkina-faso-la-polemique-enfle-autour-de-la-gestion-de-la-lutte-contre-le-coronavirus_6039580_3212.html [consulté le 15 août 2022].

Eboko, F., & Schlimmer, S. (2020). Covid-19 : l'Afrique face à une crise mondiale. *Politique étrangère*, *85*(4), 123-134. https://www.cairn.info/revue-politique-etrangere-2020-4-page-123.htm.

Fassin, D. (2006). La biopolitique n'est pas une politique de la vie. *Sociologie et sociétés*, *38*(2), pp. 35-48. https://www.erudit.org/en/journals/socsoc/2006-v38-n2-socsoc1813/016371ar/abstract/

Fédération des Associations islamiques du Burkina. (2020). Communiqué : ouverture des mosquées du 2 mai 2020. https://lefaso.net/spip.php?article96585 [consulté le 5 juin 2021].

Gaudillière, J. P., Izambert, C., & Juven, P. A. (2020). *Pandémopolitique : réinventer la santé en commun*. La Découverte.

Guiro, A., Koné, B., & Ouaro, S. (2020). Mathematical Modelling of the Evolution Dynamics of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Burkina Faso. *Applied Mathematics,* 11, pp. 1204-1218.

Institut national de la statistique et de la démographie [Burkina Faso]. (2022). *Cinquième recensement général de la population et de l'habitation du Burkina Faso. Synthèse des résultats définitifs*. Ouagadougou.

Jaffré, Y. (2006). *Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en voie de développement*. J.-M. Tremblay. Dans G. Orth et P. Sansonetti (dirs.), *La maîtrise des maladies infectieuses. Un défi de santé publique, une ambition médico-scientifique*, *Rapport sur la science et la technologie*, (24). Académie des sciences, EDP Sciences, pp. 101-115.

Johns Hopkins University. (2022). Center for Systems Science and Engineering [CSSE] COVID-19 Dashboard: data collection process, challenges faced, and lessons learned. *The lancet infectious diseases*, *22*(12), e370-e376. https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&Metric=Confirmed.

Jones, J. (2022). An ethnographic examination of people's reactions to state-led COVID-19 measures in Sierra Leone. *The European Journal of Development Research*, *34*(1), 455-472. https://doi.org/10.1057/s41287-020-00358-w.

Kabore, J. (2020). COVID-19 au Burkina Faso: Des commerçants réclament l'ouverture du marché de Dassasgho. *Burkina24, édition du 28 avril*. Consulté le 8 juin 2021 sur https://burkina24.com/2020/04/28/covid-19-au-burkina-faso-des-commercants-reclament-louverture-du-marche-de-dassasgho/

Kerouedan, D. (dirs.) (2014). *Santé internationale: les enjeux de santé au Sud*. Sciences Po, les Presses.

Kobiané, J. F., Soura, B. A., Sié, A., Ouili, I., Kabore, I., & Guissou, S. (2020). Les inégalités au Burkina Faso à l'aune de la pandémie de la COVID-19 : quelques réflexions prospectives. *Papiers de recherche*, 1-72. https://doi.org/10.3917/afd.kobia.2020.01.0001

Laurent, P. J. (2000). Le «big man» local ou la «gestion coup d'État» de l'espace public. *Politique africaine*, (4), pp. 169-181. 10.3917/polaf.080.0169

Le Breton, D. (2018). *La sociologie du risque*. PUF.

Ministère de la Santé [Burkina Faso]. (2020). *Plan de préparation et de riposte à l'épidémie de Covid-19 au Burkina Faso (révisé)*, avril 2020.

Mutabazi, E. (2020). La pandémie COVID19 remet-il en question la citoyenneté des personnes vulnérables ?. *Recherches & éducations*, (HS). [en ligne], HS, juillet 2020, consulté le 22 août 2022. http://journals.openedition.org/rechercheseducations/9351 ; https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.9351

Ngalamulume, K. (2006). Plague and Violence in Saint-Louis-du-Sénégal, 1917-1920 1. *Cahiers d'études africaines*, *183*(3), 539-565.

Petryna, A. (2004). Biological citizenship: The science and politics of Chernobyl-exposed populations. *Osiris*, (19), pp. 250-265.

Revel, J. (1970). Autour d'une épidémie ancienne: la peste de 1666-1670. *Revue d'histoire moderne et contemporaine (1954-)*, *17*(4), 953-983.

Setbon, M. (2006). Perception et gestion du risque. Dans G. Orth et P. Sansonetti (Éds), *La maîtrise des maladies infectieuses. Un défi de santé publique, une ambition médico-scientifique*, *Rapport sur la science et la technologie*, (24). Académie des sciences, EDP Sciences, pp. 123-136.

Soudré, J., (2020). Coronathon : les fonds récoltés s'élèvent à plus de 450 millions de francs CFA. https://lefaso.net/spip.php?article97297, consulté le 22 août 2022.

Market Traders in Ouagadougou (Burkina Faso) Challenged by Covid-19

Discourses and Practices in the Face of Preventive Measures

George Rouamba
Lecturer in sociology and anthropology, Joseph Ki-Zerbo University, Burkina Faso
georgerouamba@gmail.com

Zakaria Sore
Lecturer in sociology, Joseph Ki-Zerbo University, Burkina Faso
sorefils@gmail.com

Yacouba Tengueri
Sociology Assistant, University of Dédougou, Burkina Faso
yacouba.tengueri@univ-dedougou.bf

Claudine Valerie Bowendsom Rouamba-Ouedraogo
Full Professor of Sociology, Joseph Ki-Zerbo University, Burkina Faso
valerie.rouamba@ujkz.bf

How to cite this paper:
Rouamba G., Soré Z., Tengueri Y., Rouamba-Ouedraogo C. V., (2022). Market Traders in Ouagadougou (Burkina Faso) Challenged by Covid-19. Discourses and Practices in the Face of Preventive Measures. . *Global Africa, (2)*, pp. 86-99.
https://doi.org/10.57832/1zqg-gg07

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

Abstract

Based on material collected using mixed methods, this article analyses the knowledge and prevention practices of Ouagadougou traders concerning Covid-19. Their discourse is based on a conception which, by focusing on highly publicised patients (from the rich or supposedly wealthy classes), reinforces the idea of a pathology of the "rich", a "disease of the snow", "of the cold", and of "air conditioning". Covid-19 is then perceived as a disease of the West, with its cold climate, its rich, whose equivalents in Burkina Faso are the civil servant cadres and businesspeople who have a favourable economic situation and use air conditioning on a daily basis. The reconfiguration of citizen interactions pits two types of citizens in opposition to each other. On the one hand, the agents of the state acting as dominant actors, predators of resources, and even local representatives of the West, and on the other hand, those left behind, the dominated who suffer the measures recommended by the dominant. This construction of the risk linked to Covid-19 leads to a trivialisation of the pathology in the markets, and, consequently to the contestation of the official protective measures. Demonstrations against the closure of markets, places of worship and land borders are a form of condemnation of the passivity of a state seen to be dominated by the West. It reflects a mistrust, fuelled by the unequal power relations between the North and the South around global health.

Keywords

Covid-19, traders, markets, West, State, Ouagadougou

Introduction

Burkina Faso has recorded 21,128 positive cases of Covid-19, or 955 cases per 1,000,000 inhabitants as of 21 August 2022. At the time, deaths totalled 387, or 17.51 cases per 1,000,000 population (Johns Hopkins University, 2022). Ouagadougou, with a population of 2,415,266 and a density of 1,014 inhabitants per square kilometre (INSD, 2022), accounted for 84.2% of Covid-19 cases (Kobiané et al., 2020). International guidelines set by the World Health Organisation (WHO) were used as a reference for the development of the Covid-19 response plan, with the creation of a National Committee placed directly under the responsibility of the Prime Minister. Its executive secretariat, headed by two senior army officers, provided a military face to the fight against Covid-19. The police and gendarmerie were responsible for supervising compliance with the curfew and restrictions of movement. The police stations located in the markets were used to provide sanitary control. The option of linking public health actions to national security was clearly adopted by the state authorities. The Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires (CORUS), placed under the responsibility of the Ministry of Health, ensured the operational management of the fight against the pandemic.

The country has a predominantly rural and informal economy, with 52.8% of the workforce self-employed, of which 31.3% is in family businesses, and 12% salaried employment. The main formal economic sectors in Ouagadougou are manufacturing (14.6%), retail commerce (15.6%) and wholesale commerce (8.2%), transport (5.8%), car repair (5.7%), construction (5.9%) and special domestic household activities (4.6%) (INSD, 2022). As soon as the first positive cases were announced on the 9th of March 2020, several measures were taken by the government to break transmission. The closure of large markets and "*yaars*" , air, land and rail borders, the introduction of a curfew and the quarantine of infected towns were announced on the 21st of March 2020. This situation raises questions about the effects of Covid-19 on the informal sector. How have economic actors in the capital's markets experienced Covid-19? Three reasons make this question relevant. Firstly, the economic effects of Covid-19 on the financial vulnerability of households have been underestimated at times. However, studies conducted in Bangladesh, Nigeria, Kenya and Pakistan show that people with no fixed job and living in slums have been made very vulnerable as a result of Covid-19. Furthermore, for members of families living in crowded conditions, without good access to water, compliance with social and health distancing measures was unthinkable (Eboko & Schlimmer, 2020; Jones, 2022).

Secondly, public contestation, both passive and active, has marked the history of the fight against epidemics. The history of the plague in France and Senegal, at two very different times, shows strong similarities in plague response strategies and in people's attitudes towards preventive measures. During the plague epidemic of 1666 in France, the implementation of collective prophylaxis and the control of the circulation of vectors led to a restriction of the circulation of people and goods, with the introduction of a 'health pass'. The limitation on freedom of movement was perceived by the population as harassment, particularly in commercial areas where there was a slowdown in commercial activities (Revel, 2015). Three centuries later, in 1917, in Saint-Louis in Senegal, the same preventive measures were implemented to fight the plague and similar reactions from the local populations ensued. Restrictions on movement and the prohibition of ablutions performed in public places with the same utensils were deemed arbitrary and contrary to the religious values and cultural norms of the populations, who opposed them initially through peaceful protests and then violent public demonstrations. In response, the coloniser arrested the ringleaders and banned their wives from selling fish in the market. In return, women took to the streets to protest against the restrictions on sales (Ngalamulume, 2006).

Finally, other researches on epidemics in the Global South have shown the inadequacy of international guidelines (Kerouedan, 2014; Gaudillière et al., 2020 ; Al Dahdah et al., 2021). These reflections raise the question of international public health management, under the guise of 'global health'. It appears as a new concept that takes over from the old concepts of 'international health' and before that, those of 'tropical medicine' or 'colonial medicine' (Al Dahdah et al., 2021, p. 15). Its birth dates back to Alma-Ata in 1978 through the launch of the primary health care (PHC) strategy. It was to become institutionalised

in the decade 1985–1995 in the international institutions which were to be the brain behind the formulation of global health guidelines. The cost/benefit ratio became an indicator of choice for health interventions. Global health would be strongly criticised for its inefficiency in confronting emerging epidemics (Al Dahdah et al., 2021; Gaudillière et al., 2020). Thus, a survey conducted in the markets of Ouagadougou among economic actors made vulnerable by the effects of preventive measures makes it possible to grasp how tensions between modes of managing epidemics and challenges embedded in perceptions around social and geopolitical inequalities.

After describing the methodology, we present the traders' knowledge of Covid-19, from which critical discourses emerge revealing the reality of their relationship with the state and its local elites: relationships made up of distrust of state authority and denouncement of alleged corruption and illicit enrichment by state representatives of financial resources and donations collected from local and international partners in the fight against Covid-19. The discourses and practices around prevention open up a broader reflection on global health in the context of a health emergency.

Methodological approach

The data was produced through a mixed-method approach combining a questionnaire survey and an interview guide survey with key actors in the informal sector and public administration involved in the fight against the spread of the disease. Data collection took place in March 2021.

Quantitative data collection

Quantitative component involved 350 traders in five markets in Ouagadougou the state capital. These markets are under two administrative controls: those that are developed and managed by the capital's municipality (the large Rood Woko market and the 10 yaar market) and those that are managed by traders' associations (Cissin, Toéssin and the Zone 1 markets). Quantitative data were collected using the Kobocollect software. Socio-demographic characteristics of the respondents were as follows:

Table 1: Distribution of respondents according to sex, age, and level of education.

Status	Variable	Number	Rate
Sex	Female	104	29,7 %
	Male	246	70,3 %
	Total	350	100,0 %
Educational level	Illiterate	138	39,4 %
	Primary	85	24,3 %
	Secondary	97	27,7 %
	Higher education	30	8,6 %
Age	20–24 years	53	15,1 %
	25–35 years	154	44,0 %
	36–45 years	90	25,7 %
	46–60 years	37	10,6 %
	Less than 20 years old	10	2,9 %
	More than 60 years old	6	1,7 %
	Total	**350**	**100 %**

The table shows the high concentration of the surveyed population (69.7%) 25–35 and 36–45 age groups. The population most at risk from Covid-19, the over-60s, account for only 1.7%, compared with 60.8% of people under 35, the least affected by the pandemic.

The survey also chose to diversify the respondents according to their economic status by ensuring that the composition of the survey population reflects the diversity of market actors, emphasising that the group of traders is not homogeneous. In fact, the market includes shop owners, employees, street vendors, and visitors, as shown in Table 2.

Table 2: Distribution of respondents according to their economic status in the markets.

Economic status	Number	Rate
Street vendor	11	3,1 %
Trader's employee	120	34,3 %
Shop owner	179	51,1 %
Visitor	40	11,4 %
Total	**350**	**100 %**

Shop owners represent the majority of respondents, with 51%, followed by employees (34%). Employees and "street vendors" constitute an economically vulnerable population with unstable jobs.

Qualitative data collection

The second aspect of data collection was the realisation of semi-structured interviews with the various stakeholders. The aim was to understand the representations and strategies of the stakeholders in relation to the disease. It involved shop owners, but also administrative actors in the markets and municipal police officers who had helped to ensure compliance with the barrier measures in the markets and yaars. Traders were interviewed in the markets. Institutional actors (police, market managers, heads of traders› associations) were interviewed at their premises. The qualitative survey involved 31 people, distributed as follows:

Table 3: Profile of respondents during the qualitative survey.

Category	Number
Municipal police	2
Municipal authority	5
Market facility management agency	1
Managers of traders' associations and groups	21
Managers of women traders associations and groups	2
Total	**31**

Results

The invisibility of the Covid-19 pandemic in the markets

On the 9th of March 2020, Burkina Faso discovered the first cases of Covid-19, a couple of evangelist pastors returning from a crusade in France. After the State's initial reluctance to reveal the identity of these early cases of patient zero, citizens discovered the identity of the couple through social networks.

The National Committee periodically reported cases of contamination and deaths in the media and predicted a health catastrophe based on estimates by researchers who envisaged 9 million cases with 850,000 deaths, at the peak of the pandemic in April 2020 and warned that only an effective intervention could stabilise the pandemic at 1,200 cases with 100 deaths per day (Guiro, Koné & Ouaro, 2020). However, for market traders, Covid-19 affect only widely known and eminent local elites, namely ministers, ambassadors and senior officials. The absence of the threat in the daily lives of traders was expressed by one of them in these terms:

> "No trader or family member I know has been infected. I have never even seen an infected person; it's a state lie, a kind of state business. The market is full of people coming in, but no one has ever confirmed that a family member is infected... and never heard of it, from those around them; we also heard that a woman died of the disease, according to the government, but her family says the opposite. Also, they said that the Chinese came to treat the disease, but did not even last more than a week, and left saying that there is no disease in Burkina Faso. There is every justification that people no longer believe what the state says about the disease; people doubt the veracity of what the government says about the disease" [Trader, Rood Woko market].

Another trader adds:

> "They said 'avoid all contacts'; so we were confined to our homes, and even when we had visitors, we were afraid to receive the person. As for the number of deaths announced, all seem clear here. We haven't seen a suspected case at our level". [Trader, Rood Woko market].

During another interview, the interviewer asked a shopkeeper if she knows of any infected person in her area; her answer was exclamatory: no! She added that, apart from on television and social networks, she did not know of a single sick person. She even doubts that the disease exists among the poor. For her, it is a disease of Europe. She states:

> When it is said to exist, by the way, this disease of Europe that makes the whites suffer cannot have much effect on us Africans. As for the diseases of Africa [with a very high incidence and prevalence]... amongst many others, tuberculosis, which is not to be confused with the disease of the whites. But African countries with snow are much more affected. With this sun, this heat [that] overwhelms us, this disease cannot withstand it. [Trader, 10 Yaar market]

Discourses on the invisibility of the disease, or even its non-existence, base their legitimacy on two arguments. Firstly, the media's focus on patients from the wealthy classes reinforces the idea of a pathology of the 'rich', a 'disease of the snow', 'of the cold' and 'of air conditioning'. Secondly, the low screening capacity available at the onset of the epidemic led to public debates around certitude of the presence of the disease. For instance, only one laboratory could confirm positive cases within a minimum of 72 hours. It was during this period that the death of a member of the National Assembly became the centre of contradictory statements; those of the family clashing with those of the Ministry of Health, on the cause of her death. At a time the family was insisting on a confirmed diabetic patient, the Ministry was announcing it as the first case of death due to Covid-19 during a public conference (Douce, 2020). This dispute reinforces the scepticism of the traders about the reality of the disease. In the absence of individual experience of the disease, the influence of the media and mass awareness campaigns seems to have produced an insistence on observed objectified knowledge about the disease among traders.

Calculated knowledge about Covid-19 among market actors

Objectified knowledge thus appears in the discourse of market actors. Methods of contamination and protective measures seem to be well known and sometimes recited in a rote manner. The following table summarises the opinions :

Table 4: Knowledge of modes of contamination by market actors.

Mode of contamination	Number of responses	Rate
By contact	296	31,4 %
Through breathing	281	29,8 %
Shaking hands	217	23,0 %
By eating together	79	8,4 %
By being in contact with individuals	41	4,3 %
God's decision	30	3,2 %
Total	**944**	**100 %**

All the respondents seem to have a good knowledge of the ways in which the disease is transmitted. They mention close relationships such as “being in contact” with a sick person (31.4%); breathing (29%); “shaking hands” (23%) and “eating together” (8.4%). Only a minority cited “By being in contact with individuals” (4.3%) and “God’s decision” (3.2%).

This theoretical knowledge was formed as a result of the media hype at the peak of the pandemic. Indeed, the following table shows where market actors get their information.

Table 5: Information sources of market actors.

Typology of information sources	Number of responses	Rate
Radio	306	26,3 %
Television	292	25,1 %
Word of mouth	259	22,3 %
Social networks	146	12,6 %
Billboards	77	6,6 %
Online media and social networks	51	4,4 %
Print media	27	2,3 %
Other	4	0,3 %
Total	**1 162**	**100,0 %**

The main source of information was the radio (26.3%), followed by television channels (25.1%), informal communication (22.3%) and social networks (12.6%). The situation of market closures and limited movement is conducive to the use of these media and to conversations in the neighbourhoods. Thus, traders also have relatively good knowledge of prevention measures (see Table 6).

Table 6: Most effective prevention measure against Covid-19.

Most effective measure	Number of responses	Rate
Wearing a mask	201	57,4 %
Hand Washing	77	22,0 %
Maintaining a physical distance of at least one metre	38	10,9 %
Use of sanitising gels	17	4,9 %
Not shaking hands	14	4,0 %
Coughing/sneezing into elbow	3	0,9 %
Total	**350**	**100,0 %**

Traders cite "wearing a mask" (57%), followed by "hand washing" (22%), "physical distancing" (10.9%) and using gels (4.9%). Traders' discourse tends to show that they have good knowledge of the disease, even if they have not experienced it themselves as individuals. On the origin of the disease, marginal discourses are produced, labelling it either as a scientific manipulation by the West or as a divine sanction. The underlying argument is that Covid-19 is a pathology that reveals social inequalities in society: on the one hand, local elites benefiting from the revenue from Covid-19 and, on the other, ordinary citizens, including traders, made vulnerable by the disease.

The economic vulnerability of market actors

With the closure of markets and trading places, Covid-19 has become a symbol of moral suffering, of the precariousness of the dominated, and especially of the imposition of Western decisions. "Ne pas savoir où mettre la tête"[Not knowing what to believe and trust] expresses all the weariness, the feeling of harassment from the Western world of local actors. In this respect, a shopkeeper expresses his pain in these terms:

> "I can say that the disease came to destroy us, even if it did not destroy the whole world, it destroyed Burkina Faso. You know that this market is the economy of the whole country. If you go and see when they wanted to close the market, we did not agree. It's true that we heard about the disease, but if we were invited to discuss it, perhaps we wouldn't close the market in this way. We could find solutions to protect ourselves and continue to do a bit of business. But they say no; as other countries are closing down, we'd better close down too, forgetting that other countries don't manage their population in [the same] way we do. If we take the example of Côte d'Ivoire with their economy, the way of dealing with it can't be the same; just because the other one is doing it does not mean that I will have to do it too". [Trader, 10 Yaar]

Another trader adds :

> "Moreover, it was a great pain for the population, especially us, the traders. We went to buy our goods to resell and suddenly the market was closed. It was misery for us, the vegetable sellers. Our goods got rotten and it was a great loss. Apart from that, some of these people, if they don't go to the market, they can't get food. They come, take the goods from someone else and go and sell them in order to feed their families. But because of this pandemic situation, all these sources of income (or activities) have been interrupted and this has caused misery to the small traders, a real pain. Some were obliged to beg from their neighbours for food. We thank God that we are still healthy after this confinement, we really thank Him" [Trader, Rood Woko market]

Small traders and day labourers have felt the shock of this impoverished situation.

Another trader added:

> "Before the closure of the borders, we had traders from Côte d'Ivoire, Mali, Ghana, but they could no longer come here because of this closure. They were our biggest customers. We are very tired of the disease, because there is no longer a market". [Trader, Cissin market]

This market administrator echoed the comments from traders, saying :

> "The wealthiest get by, but those who live day to day, as long as they don't come to the market, we don't heat the pot; they have really suffered. Take all the people who gravitate around the market: the street vendors, the orange sellers and others, who have to come to the market to gain their daily bread. How do they feed themselves? For the big traders who already have financial stability, it is the ale of goods that is the problem. But those who gravitate around the big traders, who are not really stable, they are the ones who are vulnerable. They suffered, and it was real suffering" [Administrator, Rood Woko market]

The closing of borders is likened to imprisonment, and therefore to a contraction of the space for mobility. A trader says :

> With the border closures, we suffered. You place your order with the colour and sizes, and they send you something else. You have to make do with it, because you can't move around. My wish is that the opening of the borders is done with all possible precautions. This does not mean that we do not believe in the disease. It just means that we can't stand this prison that prevents us from being fulfilled. Let's not make Covid the basis of our daily preoccupation, because apart from it, there are many other more serious diseases that kill. [Trader, 10 Yaar]

Financial vulnerability has created a new experience of suffering among traders. As a result, forms of resistance are mobilized against the elites and the collective prevention practices to combat Covid-19.

Resistance to Covid-19 prevention measures

Two modalities can be observed in the protest movements at their crescendo: a passive form confined to the marketplace and mobilising pragmatic arguments, and an active form in the public space, mobilising political and economic logics.

The fantasy of Covid-19 prevention in markets

The markets of the city of Ouagadougou constitute a set of multiple commercial centres, spread throughout the city. The capital has a total of 37 functional markets, most of which have deserted the spaces allocated for their activity and occupy administrative reserves in an uncontrolled manner (Bagbila, 1993). These markets are considered potential virus concentration areas in the event of an epidemic. Thus, one of the preventive measures against Covid-19 was to close these markets. However, following marches and protests by market actors, the markets were reopened, and a special Covid-19 prevention strategy was put in place. Two types of hand-washing facilities were installed at market entrances. One, the "modern" type, is directly connected to the water distribution network of the National Office of Water and Sanitation (ONEA), thanks to funding from the United Nations Development Programme (UNDP). The other, is the "traditional" type, which is manufactured by local craftsmen, and is equipped with a bucket for washing water and a container for collecting dirty water. This model of hand-washing stations was financed by the municipality. The operation of this system requires that a person be responsible for filling the water container and emptying the dirty water. The traders' associations have contributed to the financial compensation of the young traders involved in the awareness-raising campaign among market users. Municipal police officers, in support of young people from the national volunteer programme, were stationed at all market gates to ensure compliance with prevention measures.

Several constraints were identified in the operation of the hand-washing facilities. Instead of actual hand washing, the hygiene devices were used for ablutions and washing of cloths and kitchen utensils. The containers for collecting dirty water filled up at a high rate and volunteers, tired of emptying them into the gutters inside the markets, dumped them there. The places where the hand-washing facilities were installed became so wet and filthy that market users began to give up using them. Over time, the volunteers recruited by the traders' associations stopped receiving their financial incentives for awareness raising. After two months, the hand-washing facilities, covered with dirt, were no longer functional. With regard to prevention practices, certain measures were considered appropriate by the traders. These included wearing masks and washing hands with hydro-alcoholic gel. On the other hand, the not shaking hands and maintaining physical distancing were considered unthinkable. The following table summarises the opinions of the market actors.

Table 7: Practices of protective measures by traders

Measures you observe	Number of responses	Rate
Wearing a mask	315	38,7 %
Hand washing	209	25,7 %

Table 7: Practices of protective measures by traders

Use of sanitation or hydroalcoholic gel	130	16,0 %
Not shaking hands	88	10,8 %
Physical distancing	42	5,2 %
Coughing into elbows	30	3,7 %
Total	**814**	**100 %**

Protective measures against Covid-19 were hardly used: about 38.7% used masks, 25.7% used hand washing, 16% used gel. For the other measures, compliance was low, particularly for "greetings" (10.8%) and physical distancing (5.2%). One trader explains the non-compliance with some measures:

> "Given the large number of people in the market and the customers we receive, washing our hands regularly seems more difficult to follow, because given the multiple contacts, if we have to wash our hands every time, it seems impossible. Otherwise, there is no problem with wearing masks". [Trader, 10 Yaar]

An administrative manager of the market also gives his opinion in the context of monitoring protective measures in the market :

> In a market, distancing oneself and not greeting one another is a fantasy. We will never be able to enforce these rules. The traders even had to tell us that this is not a supermarket [laughs!] I even remember that when the market reopened, we proposed opening the shops in alternation, i.e. this one opens today and the other tomorrow; They said that it was not possible, because if we do that, the customers who come from the interior of the country, if they arrive and find that the shop is closed, they will go and buy elsewhere and the trader will lose a customer; so from the start they were opposed to this measure

After a few weeks, there was disorder in the market. One manager described it:

> Inside the market, it›s each to their own; when you question a trader who doesn't wear a mask, he tells you that when he wears it, he can›t breathe, that his mask isn›t suitable, so he can›t wear it all the time, and that if you have money [to] give him, he›ll go and buy the real one [which is more comfortable]. People would come by, to raise awareness, but as there was no repression, what do you do? If the guy refuses, what can you do?

Resistance to the government's recommendations is justified by new experiences of impoverishment among market actors, who suspect that local elites are getting rich from Covid-19-related funding.

Suspicions of corruption among local elites

A large proportion of traders denounce what they call a "political disease". By using the term 'political', the traders denounce the colossal funds mobilised in such a short time as a response to Covid-19, the corruption of the elites and the unequal access to social aid promised by the State. The financing plan for the country's response to Covid-19 was estimated at 157.86 billion CFA francs, with a mobilisation rate of 64% at the end of November 2020. The State's share represented 26.2%; the contribution of technical and financial partners (TFPs) represented 34.5% and private contributions represented 3.3%. The funding to be sought was estimated at 36% (Ministry of Health, 2020). A "Coronathon", a popular and civic fundraising event, was organised by the President of the National Assembly. Around two million people were reached on social networks and almost 450 million CFA francs was collected during a large, highly publicised evening (Soudré, 2020).

By 31st of December 2020, after ten months, some 33 billion CFA francs had been spent by the government (ASCE-L, 2021). The beneficiaries were hospitals, religious associations, traders' associations, and the decentralised services of the State. But very quickly, within certain citizen watchdog associations and among urban populations, Covid-19 appeared to be a strategy for the political elites to enrich themselves, and this after the publication of the plan's budget. Opposition

parties became involved and denounced the indirect health-related expenditures in the fight against the pandemic. The concept of a 'corona-business' appeared in the press and in popular discourse. The merchants saw individuals from the upper-class who, through their donations, were showing off their wealth. Generosity of the State and its agents became suspect. Public controversy over the treatment of health workers involved in the fight against the disease has convinced traders that it is in the interest of state actors to keep the disease alive.

A trader leader said:

> "In addition, we found that the disease was a source of wealth because we saw rich people making donations; other countries provide aid, and it has not reached the target population; it only stays between them. So, we can't keep killing ourselves when we earn nothing, and they receive their salaries". [Traders' leader, 10 Yaar].

For these traders, Covid-19 became a form of political and economic scam, of which state elites were the beneficiaries. The government's social measures to mitigate the impact of Covid-19 on poor households seemed paradoxically ineffective. The poorly distributed social assistance was perceived as an attack on their dignity as autonomous and independent men and women. A trader recounts:

> I didn't receive anything from their donation. But all this is mismanagement, because we like to say that it's the one in the house who knows where the roof has a hole; so, it's us who are on the ground who know where it's not going. [Traders' leader, 10 Yaar]

Furthermore, the social aid promised by the state has not been considered to be fair:

> We didn't get much help. We were only given about forty 25kg bags of rice for the whole market. Apart from that, we didn't get any financial aid. We didn't see any; it might have been done elsewhere, but at our level we didn't get anything more. [Trader, 10 Yaar]

The trader is supported by his peers in these words:

> We have not seen anything, let alone received anything. They just closed the market to make us suffer. We were spending without working. It was not easy. I'm used to paying 18,000 F/month as electricity bill. To my great surprise, [got a bill of] 45,000 francs, [when I complained] my complaints were not successful. And it's the same with the water bill. Yet we were led to believe that it was free. They [the State] got it all back. [Trader, 10 Yaar]

The appearance of new products, namely hydroalcoholic gels, masks, and screening tests, in the daily world of traders is reinterpreted as economic complicity with Western imperialism. A slogan of resistance, "Better to die of disease than of hunger", began circulating in the markets of the capital. On 25 of April 2020, markets were reopened and back into operation (Kaboré, 2020). Traders denounced the behaviour of politicians during the 2020 presidential campaign in these terms:

> They ran their presidential campaigns without even requiring face coverings or regularly washing their hands with soap. And after their elections, they want to come back and tell us to shut down our activities that allow us to take care of our families because they have the power? At this level it will be difficult. The State itself knows that it [cannot] enforce this decision any more, because people will remind them [of] what they did during the campaigns. The number of positive cases has increased since the campaigns ended, and they could even be held responsible. So, if they come back and tell us today to close the markets, because the number has increased, I don't know, but it won't be easy for them. [Trader, Rood Woko]

Distrust of state authority is clearly displayed in the statements. As a result, a popular discourse has emerged against the government's barrier measures, as people do not have the same priorities or the same vulnerabilities. There were riots against the closure of places of worship by Muslims, forcing the state to lift this measure at the beginning of May 2020 (Federation of Islamic Associations of Burkina, 2020). The international obsession around security, with the closure of borders, started to be viewed as a form of state complicity with the Western world to impose a form of capitalism on trade relations. Covid-19 then functions as a 'centre of accumulation' for the development of a set of activities aimed towards providing resources for the elites (Laurent, 2000).

Discussions

Experiences of insecurity and fragility and actions contesting Covid-19 prevention measures provide a perspective for analysing the connections between the health and political dimensions of the pandemic crisis.

The health dimension of the pandemic

The first cases of Covid-19 infection was an unusual event. In general, infectious diseases have a link to poverty (Jaffré, 2006). In this case, however, the disease is perceived to have entered from the top of society, i.e. the well-to-do classes. This situation leads to a social construction of the viral risk based on the differentiation between the observed risk and the perceived risk (Setbon, 2006). The observed risk is a product of epidemiology. Its materialisation is the number of positive cases and deaths broadcast in the media. The perceived risk is constructed based on multiple references (Jaffré, 2006) with a plurality of possible justifications (Setbon, 2006). Among the economic actors in Ouagadougou markets, Covid-19 is above all an invisible threat. Very few individuals declare that they know someone with the disease in their social circle, apart from cases reported in the media. In the absence of close experiences of sufferers of the disease, the threat from outside the country is not a concrete reality. The only obvious reality is the injunction from the authorities to adopt preventive behaviours, which significantly alters daily routines. Thus, Le Breton rightly reminds us that the 'discourse of prevention is pervasive and envelops everyday life with value judgements' (Le Breton, 2018, p. 98). In a context where the disease did not exist socially (Jaffré, 2006), the perceived risk was underestimated, leading to risk mitigation attitudes (Setbon, 2006) in both discourses and prevention practices. At the beginning of the pandemic, the abundance and content of messages produced by the media created a form of objectified knowledge about Covid-19. Traders could recite from memory how one gets infected and what to do for protection but did not appropriate such measures their everyday lives.

Three key moments structure the preventive behaviour of traders with regard to the disease: a time of adherence to prevention directives, due to the wide media publicity around the phenomenon; a relaxed period when measures are eased following public outcry; and a time of resistance against protection measures. These attitudes reinforce the idea that the impact of knowledge on risk behaviour should be put into perspective (Setbon, 2006), as adherence to a prevention strategy at the individual level implies a belief in one's own vulnerability and an understanding of the seriousness of the disease (Jaffré, 2006). Indeed, knowing about preventive measures does not automatically mean accepting them or being able to implement them. Adequate adoption of measures involves an invisible negotiation between the multiple constraints and representations of the disease (Jaffré, 2006).

Among traders, Covid-19 was also perceived as a radical uncertainty, given that no one could predict the end of the pandemic. This uncertainty could be gleaned from the contents of the various educational messages, some which are contradictory from one source to another. Uncertainties relate to the origin of the virus, its very uneven spread, its mutations, and the right method to protect oneself against it (Morin, 2022).

This is why traders are calling on the health authorities to change their control strategy: "learn to live with the virus". This suggestion is an explicit recognition of the radical change, characterised by a silent impoverishment that Covid-19 has brought to their daily lives. The security measures and restrictions taken by the government have further weakened the most vulnerable citizens, reminding us that the health crisis must be understood as a political crisis.

The political dimension of the pandemic

The preventive measures against Covid-19, the curfew and the quarantine of certain cities for three months have led to economic fragility, which is the basis of the critical discourse towards the government. The refusal to adhere to the State's prevention guidelines raises the question of both citizen participation and that of globalised international interventions. The pandemic has highlighted a crisis of citizenship. Resistance to national directives shows that some traders who have been rendered precarious feel they are 'second-class' citizens (Mutabazi, 2020, p. 5) compared to local elites. The

disease has become a grid to categorise agents of the Burkinabe state economy according to three segments: 'civil servants', whose salaries are guaranteed by the state, businesspeople, who own large trading concessions, and petty-traders whose daily subsistence depends on their economic activities. This reconfiguration of citizenship relations involves two types of citizens, one encompassing the State and its agents acting as dominant actors, predators of resources and local representatives of the West, and the other the disenfranchised and dominated who are subject to the measures advocated by the dominant.

In this sense, the health crisis raises the question of the right to a dignified life for each individual. The quest for this implies taking into account the different meanings of life (Fassin, 2006). Firstly, biological citizenship (Petryna, 2004), as a right to life implies that the State should guarantee equitable access to food and other forms of support for all those rendered poor. Secondly, and in its biographical interpretation, citizenship infers a recognition of the most vulnerable, and the possibility of the latter having access to services according to their needs. Finally, citizenship goes beyond biological and social life to include a moral dimension in policy choices (Fassin, 2006). It is the fight against social inequalities that produce different forms of injustice or lack of recognition (Mutabazi, 2020, p. 5). In this sense, healthy citizenship recognises the rights of individuals to participate not only in the formulation and implementation of health strategies that affect them, but also to fight for limited medical resources (Petryna, 2004) at national and supranational levels (Mutabazi, 2020). Therefore, the success of the fight against the pandemic depends on the legitimacy of the government and the financial and political capacity of the State (Jones, 2022). The pandemic has also revealed the limitations of globalised interventions. Traders see State mimicry in the implementation of control measures as a kind of Western domination. This is epistemic ignorance, as those making decisions in response to Covid-19 are unable to fully put themselves in the shoes of vulnerable groups in society. These solutions often implicitly reflect global health frameworks and power structures, and thus reiterate forms of ignorance among decision-makers (Al Dahdah et al., 2021) about the effects of disease on economic activities in specific environments. The standardisation of intervention models is criticised as a form of strategic ignorance on the part of central administrative actors, who have not taken sufficient account of local realities (Al Dahdah et al., 2021).

Strategic ignorance refers to making strategic decisions without taking into account the realities of the context. In this case, the experts of the National Committee and the members of CORUS were accused by the traders of having transposed an inappropriate and inadequate intervention model to Burkina Faso. The criticisms levelled at the Western world for making Covid-19 a priority for action, when there are other, more serious and more deadly diseases, highlight a distortion of reality by international experts from above. This situation, described as 'myopia' by experts from the South, is a feature of global health programmes, which target particular diseases according to their own criteria (Al Dahdah et al., 2021). For economic actors, the measures taken seem to have been based on confused and illogical representations of the disease (Revel, 2015), because in their daily lives, the disease is not a reality. These discourses denounce the universalism of the epidemiological approach to risk, which clashes with the perceptive approach, which is situated in time and space, differentiated and contextualised at both societal and individual levels (Setbon, 2006).

Thus, global health will be subject to strong criticism. Firstly, its intervention strategy is based on a logic of selection and classification of policies and beneficiaries. Secondly, it would be ineffective to tackle new epidemics. It was once criticised for its delay in responding to the Ebola epidemic in Guinea and Sierra Leone (Gaudillière et al., 2020). Finally, it is perceived by experts from the South as 'one of the most effective tools of domination and social, political, and epistemological coercion' (Al Dahdah, et al., 2021, p. 15) of the North over the South, thus propagating the supremacy of a colonial public health system in which the colonised are perceived as ignorant, including of their own diseases (Al Dahdah et al., 2021). In doing so, Covid-19 appears as an existential test for traders, exposing the disconnect between the realities on the ground and the global health directives.

Conclusion

Preventive measures advocated by public health experts will function as instruments of neo-colonialism to the detriment of small and petty-traders hustling for survival.Covid-19 remains an object of controversy between the various national and international actors involved in stemming its spread. The experience of the suffering of the traders in the city of Ouagadougou leads them to produce a discourse that crystallises, on the basis of the limitation on their circulation between different countries for trade, the relationship of Africa to the world from the point of view of how risk is defined.

An emergence of a virulent discourse against the West, which is accused of imposing prevention policies without taking into account contextual realities, is worth noting.Indeed, faced with other, more deadly pathologies, traders are questioning the choice of waging a tough battle against Covid-19, which now functions as a mirror through which the traders assess the humanism of the West. In the end, there is no universal solution in the fight against Covid-19. Citizens demand a local approach that takes into account the priorities of everyday life.

Bibliography

Al Dahdah, M., Falisse, J. B., & Lurton, G. (2021). Ignorance et santé globale. *Revue d'Anthropologie des Connaissances*, *15*. Retrieved december 12, 2021, from http://journals.openedition.org/rac/23685.

Autorité supérieure de contrôle d'État et de lutte contre la corruption (ASCE-L). (2021). *Audit des dépenses effectuées dans le cadre du plan de riposte du Covid-19 au 31 décembre 2020* (Rapport de mission sur les constatations de faits sur la période arrêtée au 31/12/2020).

Bagbila, A. J. (1993). Les marchés urbains de Ouagadougou. *mémoire de maîtrise en géographie, Université de Ouagadougou,* 152 p. https://beep.ird.fr/collect/depgeo/index/assoc/BAGADR93/BAGADR93.pdf [Retrieved august 16, 2022].

Douce, S. (2020). Au Burkina Faso, la polémique sur la gestion de la lutte contre le coronavirus enfle. *Le Monde*, *13*. https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/05/13/au-burkina-faso-la-polemique-enfle-autour-de-la-gestion-de-la-lutte-contre-le-coronavirus_6039580_3212.html [Retrieved august 15, 2022].

Eboko, F., & Schlimmer, S. (2020). Covid-19 : l'Afrique face à une crise mondiale. *Politique étrangère*, *85*(4), 123-134. https://www.cairn.info/revue-politique-etrangere-2020-4-page-123.htm.

Fassin, D. (2006). La biopolitique n'est pas une politique de la vie. *Sociologie et sociétés*, *38*(2), 35-48. https://www.erudit.org/en/journals/socsoc/2006-v38-n2-socsoc1813/016371ar/abstract/

Fédération des Associations islamiques du Burkina. (2020). Communiqué : ouverture des mosquées du 2 mai 2020. https://lefaso.net/spip.php?article96585 [Retrieved June 05, 2021].

Gaudillière, J. P., Izambert, C., & Juven, P. A. (2020). *Pandémopolitique : réinventer la santé en commun*. La Découverte.

Guiro, A., Koné, B., & Ouaro, S. (2020). Mathematical Modelling of the Evolution Dynamics of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Burkina Faso. *Applied Mathematics,* 11, pp. 1204-1218.

Institut national de la statistique et de la démographie [Burkina Faso]. (2022). *Cinquième recensement général de la population et de l'habitation du Burkina Faso. Synthèse des résultats définitifs*. Ouagadougou.

Jaffré, Y. (2006). *Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en voie de développement*. J.-M. Tremblay. In G. Orth et P. Sansonetti (Eds.), *La maîtrise des maladies infectieuses. Un défi de santé publique, une ambition médico-scientifique*, *Rapport sur la science et la technologie*, (24). Académie des sciences, EDP Sciences, pp. 101-115.

Johns Hopkins University. (2022). Center for Systems Science and Engineering [CSSE] COVID-19 Dashboard: data collection process, challenges faced, and lessons learned. *The lancet infectious diseases*, *22*(12), e370-e376. https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&Metric=Confirmed.

Jones, J. (2022). An ethnographic examination of people's reactions to state-led COVID-19 measures in Sierra Leone. *The European Journal of Development Research*, *34*(1), 455-472. https://doi.org/10.1057/s41287-020-00358-w

Kabore, J. (2020). COVID-19 au Burkina Faso: Des commerçants réclament l'ouverture du marché de Dassasgho. *Burkina24, édition du 28 avril*. Retrieved June 08, 2021, from https://burkina24.com/2020/04/28/covid-19-au-burkina-faso-des-commercants-reclament-louverture-du-marche-de-dassasgho/

Kerouedan, D. (Eds.) (2014). *Santé internationale: les enjeux de santé au Sud*. Sciences Po, les Presses.

Kobiané, J. F., Soura, B. A., Sié, A., Ouili, I., Kabore, I., & Guissou, S. (2020). Les inégalités au Burkina Faso à l'aune de la pandémie de la COVID-19 : quelques réflexions prospectives. *Papiers de recherche*, pp. 1-72. https://doi.org/10.3917/afd.kobia.2020.01.0001.

Laurent, P. J. (2000). Le "big man" local ou la "gestion coup d'État" de l'espace public. *Politique africaine*, (4), pp. 169-181. 10.3917/polaf.080.0169.

Le Breton, D. (2018). *La sociologie du risque*. PUF.

Ministère de la Santé [Burkina Faso]. (2020). *Plan de préparation et de riposte à l'épidémie de Covid-19 au Burkina Faso (révisé)*, avril 2020.

Mutabazi, E. (2020). La pandémie COVID19 remet-il en question la citoyenneté des personnes vulnérables ?. *Recherches & éducations*, (HS). [en ligne], HS, july 2020, Retrieved august 22, 2022. http://journals.openedition.org/rechercheseducations/9351 ; https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.9351

Ngalamulume, K. (2006). Plague and Violence in Saint-Louis-du-Sénégal, 1917-1920 1. *Cahiers d'études africaines*, *183*(3), 539-565.

Petryna, A. (2004). Biological citizenship: The science and politics of Chernobyl-exposed populations. *Osiris*, *19*, 250-265.

Revel, J. (1970). Autour d'une épidémie ancienne: la peste de 1666-1670. *Revue d'histoire moderne et contemporaine (1954-)*, *17*(4), 953-983.

Setbon, M. (2006). Perception et gestion du risque. In G. Orth et P. Sansonetti (Éds), *La maîtrise des maladies infectieuses. Un défi de santé publique, une ambition médico-scientifique*, *Rapport sur la science et la technologie*, (24). Académie des sciences, EDP Sciences, pp. 123-136.

Soudré, J., (2020). Coronathon : les fonds récoltés s'élèvent à plus de 450 millions de francs CFA. https://lefaso.net/spip.php?article97297, Retrieved august 22, 2022.



Brève histoire de la biopolitique au Sénégal

La mise en ordre hygiéniste de la société

Adama Aly Pam
Docteur en histoire, Université Cheikh Anta Diop, Sénégal
Chef archiviste de l'Unesco, France
a.pam@unesco.org

Résumé

L'histoire de la médecine coloniale en Afrique est aussi celle de l'instauration d'un ordre politique et idéologique théorisé par les médecins coloniaux. Cette étude est une contribution à l'histoire de la traque des miasmes et des virus dans les lointaines contrées d'Afrique, considérée comme « le tombeau de l'homme blanc » et interroge les pratiques de la biopolitique et de la gouvernementalité associées à la mise en ordre des sociétés colonisées à travers les politiques de santé publique qui ont durablement laissé leur empreinte sur l'espace et les corps. La faiblesse de l'historiographie francophone autour des questions de l'histoire de la santé dans les possessions françaises d'Afrique a été pendant longtemps freinée par la justification de l'action médicale comme un bienfait justifiant l'entreprise coloniale et la mission civilisatrice de la France. S'interrogeant sur les interactions qui ont prévalu entre santé et colonisation, les auteurs anglophones font intervenir la nouvelle médecine en tant qu'acteur primordial de l'entreprise coloniale et estiment qu'on ne peut analyser l'une sans l'autre. Certains auteurs ayant abordé la question de la fièvre jaune expliquent son introduction en Afrique par le biais du commerce triangulaire des esclaves entre l'Afrique, l'Europe et l'Amérique. Face à la réputation d'insalubrité des colonies, la pacification biologique – plus que la pacification politique – était le préalable de toute œuvre de conquête. C'est au début du XXe siècle qu'une nouvelle politique tournée vers la protection de la population « indigène » est mise au point. La politique sanitaire se tourne alors vers la question démographique. Devant la difficulté de soumettre les indigènes à l'hygiénisme, d'une part, à cause des quarantaines, des vaccinations obligatoires et des cordons sanitaires et, d'autre part, parce que les indigènes étaient considérés comme des réservoirs de virus où toutes les maladies contagieuses prenaient leur source, l'administration s'est progressivement résolue à une politique de mise à l'écart de la population dans des quartiers interdits aux Européens et assimilés. La recherche médicale s'est servie du corps des indigènes comme cobaye et ces pratiques du passé amplement documentées par les archives médicales ne cessent de revenir dans les discours des groupes opposés aux politiques de vaccination actuelles.

Mots-clés

politique sanitaire, hygiène, discrimination, médecine occidentale, surveillance, bio-politique, gestion des épidémies, médecine tropicale, colonisation, institut Pasteur, pastoriens

How to cite this paper:
Pam A. A., (2022). Brève histoire de la biopolitique au Sénégal. La mise en ordre hygiéniste de la société *Global Africa*, *(2)*, 101-111.
https://doi.org/10.57832/nskg-rr03

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

Introduction

Comment la médecine occidentale se déploie-t-elle dans les pays d'Afrique sous administration coloniale française et comment celle-ci se retrouve-t-elle mêlée, dans le sillage des politiques impériales, à des enjeux politiques et idéologiques ? La présente étude se propose de revisiter l'histoire institutionnelle de l'implantation de la médecine coloniale française en Afrique de l'Ouest et au Sénégal, ses pratiques et le rôle des *french doctors* dans la naissance, le cheminement et la diffusion des savoirs de la médecine tropicale dans l'espace colonial français en Afrique. L'histoire de la politique sanitaire aux colonies est un indicateur de l'ordre social, tant par la manière dont les rapports sociaux se marquent dans les corps et dans l'espace, que par la façon dont les institutions politiques organisent la protection, la prévention et les soins. La problématique, l'histoire de la médecine coloniale est traversée par une multitude de regards et de perspectives opposés.

Certains travaux célèbrent l'action des médecins coloniaux (Sarraut, 1923; Lapeyssonnie, 1988), d'autres proposent une lecture critique de la médecine coloniale en Afrique, de ses héritages et de ses réalisations (Curtin, 1961, 1968 ; Arnord, 1988, 1993 ; Headricks, 1981 ; Pam, 2018). Il s'agira ici d'analyser sur la longue durée le rôle des médecins coloniaux, les stratégies déployées dans la médicalisation des sociétés ouest-africaines, la façon dont la traque contre les miasmes et les virus dans les colonies s'est construite et transformée dans la longue durée et de mettre en perspective la conquête des rives « empestées de l'Atlantique » face au *vomito negro* (fièvre jaune), terreur des coloniaux, objet du premier réseau de recherche intercolonial réunissant les savants français, anglais et la fondation Rockefeller.

Les rouages institutionnels et administratifs de la politique sanitaire

La politique sanitaire de la France au Sénégal s'est érigée au fil de la colonisation et des crises sanitaires en un système organisé dans une perspective de domination et d'exploitation coloniale. À partir de 1896, elle s'est appuyée sur un embryon de réseau hospitalier – qui s'est densifié par la suite –, d'un ensemble de structures administratives et d'une législation coercitive en vue de « médicaliser » la société coloniale et de faciliter la mise en valeur des nouveaux territoires conquis.



© asnom.org, Usage de la DDT dans l'après-guerre contre les moustiques (traitement intra-domiciliaire, des plans d'eau et des lieux de vie).

On retient de l'évolution des institutions sanitaires deux étapes distinctes, caractéristiques toutes deux d'une orientation politique différente. La première va de la conquête à la « pacification », pendant laquelle la politique de l'action sanitaire est exclusivement tournée vers la protection de l'élément militaire, sans lequel aucune conquête n'est possible. Puis, au fur et à mesure que se développait la colonie, elle fut élargie aux principaux centres administratifs et économiques des Quatre Communes[1], pour atteindre ensuite les centres secondaires des pays de protectorat. Jusque-là, seuls les Européens et les agents du service étaient pris en charge dans la politique sanitaire de la France aux colonies. La seconde orientation de la politique sanitaire a émergé au début du XX[e] siècle pour accompagner la mise en valeur des colonies. Sous la pression des populations européennes, fortement touchées par la fièvre jaune, les autorités développèrent des structures médicales dans les colonies.

Parallèlement, au lendemain de la Première Guerre mondiale, la principale tâche des Français était de reconstruire leur pays. Pour ce faire, les colonies ont pris une place essentielle dans le redressement économique et financier de la France. C'est ce qui a justifié la mise en place par Albert Sarraut, alors ministre des Colonies, d'un programme d'action basé à la fois sur la « valeur économique » et sur « la valeur humaine » du domaine colonial. Afin de développer une main-d'œuvre abondante, la démographie devient alors la base du travail des médecins, ce qui est résumé par la célèbre expression du gouverneur général Albert Sarraut : « faire du Noir » (Piessac [de], 1927).

Cette politique se déploie à travers une politique hygiéniste, la création de l'Assistance médicale indigène[2] (AMI) ou encore de la section des sages-femmes visiteuses de l'École de médecine. Toutefois, l'adoption des nouvelles mesures prophylactiques a entraîné des résistances car elles allaient à l'encontre de coutumes séculaires. L'instruction des filles fut conçue comme une solution pour l'adoption par les indigènes des nouvelles pratiques médicales.

Des savants pour l'empire : du laboratoire de microbiologie aux instituts Pasteur

Les découvertes de Pasteur ont représenté un tournant dans les stratégies de déploiement de la médecine pour les colonies. En 1881, Pasteur lui-même se rend à Bordeaux auprès des convalescents ayant fui la colonie du Sénégal, en proie à une épidémie de fièvre jaune, pour prélever leur sang et essayer d'identifier le germe responsable de la maladie.

En 1896, Émile Marchoux, un disciple de Pasteur, fonda à Saint-Louis la première ébauche de l'institut Pasteur. Il y étudia, entre autres, l'origine hydrique de la fièvre typhoïde, le paludisme à Dakar et à Saint-Louis et fit connaître pour la première fois le cycle du parasite de la tierce maligne chez l'homme. En termes de soin, il réalisa par exemple des expériences de prévention par la quinine sur les militaires de la garnison de la ville.

Le laboratoire de microbiologie fut transféré à Dakar (capitale de l'Afrique occidentale française, AOF) en 1913 pour devenir le Laboratoire de bactériologie et de zootechnie. Le gouverneur William Ponty définit les missions de celui-ci comme étant la recherche et l'étude des maladies bactériennes et des maladies à protozoaires de l'homme, des animaux et des plantes ; l'étude de leur transmission par des insectes ; celle des moyens de s'en préserver et de les traiter (institut Pasteur Outre-Mer [IPOM], 1989).

L'institut Pasteur de Dakar est spécialisé en microbiologie humaine, celui de Kindia, en république de Guinée, en microbiologie vétérinaire. L'Afrique équatoriale française accueillit l'institut Pasteur de Brazzaville. Ces instituts réussirent à élucider les cycles épidémiologiques et les modalités de transmission des maladies, et à définir les méthodes préventives et de lutte (par exemple contre la maladie du sommeil et contre la fièvre jaune, dont le vaccin a été développé par les laboratoires de Tunis et de Dakar).

L'institut Pasteur de Dakar a dirigé, de 1925 à 1931, un stage pratique de formation en microbiologie et en hygiène destiné aux médecins indigènes et aux aides de laboratoire pour maîtriser les éléments nécessaires à certains diagnostics (IPD/Rap, 1936). Dans une stratégie plus globale de lutte contre

1 Gorée, Rufisque, Saint-Louis et Dakar.
2 Le terme « indigène » dans le texte est l'expression utilisée dans la littérature coloniale. Il désigne les Africains. Il est conforme à la vision racialiste de l'époque.

les terribles fléaux épidémiques, des collaborations internationales furent mises en place comme la conférence interafricaine sur la fièvre jaune à Dakar ou des cours de médecine tropicale pour les médecins de la marine polonaise (IPOM/Dak, 13/102).



© asnom.org, Dépistage par une équipe de prospection trypanosomiase (Cameroun), circa 1926.

Création d'un enseignement médical spécialisé et la naissance d'une médecine de masse

Au début du XXe siècle, consciente de la faiblesse de l'organisation sanitaire dans les colonies françaises d'Afrique occidentale, l'Union coloniale française a lancé une souscription auprès des entreprises françaises impliquées dans l'activité économique coloniale en vue d'instituer à la Sorbonne un enseignement spécialisé sur les maladies coloniales. Le personnel médical des colonies était en effet considéré comme insuffisamment préparé aux maladies des pays tropicaux. Des entreprises et des banques s'engagèrent à subventionner ce projet pendant six ans (ANS, H 10 [AOF], 1900). Cette idée aboutit le 3 octobre 1905, sous le nom de « Pharo », à la création de l'École d'application des troupes coloniales spécialisée dans la médecine tropicale.

Sur le terrain, l'arrêté du 8 février 1905, institua le service d'Assistance médicale indigène, chargé de fournir gratuitement aux populations indigènes des soins médicaux, des conseils d'hygiène et de répandre la vaccination. Toutefois, le personnel médical demeurait insuffisant et les colonies n'attiraient pas grand monde malgré les campagnes de recrutement des médecins en métropole. L'administration se résolut à créer un corps d'aides-médecins indigènes par arrêté du 7 janvier 1906 pour aider les médecins de l'AMI et aider à combattre l'influence des marabouts et des charlatans.

Les campagnes de conscription en 1914 révélèrent le déficit de personnel et l'ampleur des problèmes de santé. Le rôle de plus en plus prépondérant de l'économie coloniale dans celle de la métropole poussa l'administration à entrevoir la création d'une École de médecine à Dakar, qui vit le jour le 1er novembre 1918 pour former l'élite médicale indigène. Face aux difficultés de recrutement, une solution fut de recourir à des médecins contractuels étrangers, principalement des Russes qui ont immigré en AOF après la révolution bolchevique d'octobre 1917. En 1927, ils représentent plus de 38 % du personnel médical du Sénégal. Ce dispositif fut complété par la création d'un corps d'infirmières visiteuses et d'infirmiers sanitaires le 15 février 1926 pour rechercher les maladies sociales et dépister les maladies épidémiques. Dans les années qui suivirent, plusieurs services médicaux furent créés : le service de Prophylaxie de la trypanosomiase en 1931, le service d'Assistance psychiatrique en 1938, le service autonome de la Maladie du sommeil en 1939 et l'inspection médicale des Écoles en AOF et au Togo en 1942. L'École de médecine de Dakar prit en 1944 la dénomination d'École de médecine et de pharmacie de Dakar. Le décret du 27 juillet 1949 organisa les services de santé en AOF en deux grandes divisions : le service général d'Hygiène et de Prophylaxie pour lutter contre les grandes endémies ; et

des services fixes comportant un réseau de formations sanitaires à l'échelle fédérale et d'organismes territoriaux. Le service général d'Hygiène mobile et de Prophylaxie (SGHMP) a été institué en AOF par l'arrêté 214 du 22 janvier 1945 pour lutter contre les grandes maladies sociales à travers plusieurs missions de recherche, dépistages massifs, traitement de masse, prophylaxie, et formation du personnel spécialisé. Le SGHMP disposait d'une direction à Bobo-Dioulasso, en Haute-Volta, et de cinq sections dont chacune était spécialisée dans l'étude d'une endémie : trypanosomiase, lèpre, paludisme, filariose et maladies oculaires. À côté de ces organes d'études, le SGHMP disposait d'organes d'exécution avec des équipes mobiles. En 1951, l'École des infirmiers d'État était créée pour appuyer les efforts de la nouvelle politique sanitaire.



© asnom.org, Dépistage à Banfora (actuel Burkina Faso) par le SGAMS, Circa 1940.

Après la Seconde Guerre mondiale, l'évolution politique internationale agit favorablement sur l'organisation sanitaire des colonies et pays sous mandat par l'entremise de l'Organisation mondiale de la santé et par la création d'instituts de recherche comme l'Orana (Organisation pour la recherche sur l'alimentation et la nutrition en Afrique). Les indépendances des territoires constitutifs de la défunte AOF eurent pour conséquence le départ des médecins européens et le démantèlement des structures fédérales de prise de charge des programmes de santé publique.

De la médicalisation de la société coloniale

Le duel singulier entre la société coloniale et la fièvre jaune est riche d'enseignements. La principale difficulté de la médecine coloniale a été de faire admettre les normes de la nouvelle médecine. Cette difficulté est à mettre en relation avec les représentations culturelles des faits de santé. Dans la société indigène, deux mondes se côtoient : d'un côté, le monde visible et palpable : les hommes, les animaux, la végétation, les reliefs, les cours d'eau et les astres ; de l'autre côté, le monde de l'invisible, c'est-à-dire des êtres surnaturels, les anciens et les revenants, les génies et les doubles des vivants qui, véritables maîtres du jeu, participent à la vie des hommes et sont très souvent accusés de provoquer des maladies. La maladie est vécue comme la manifestation d'une rupture avec les dieux ou les ancêtres et la guérison n'est possible que par la réparation de la faute commise. Dans les sociétés islamisées, la maladie est considérée comme un effet de la volonté de Dieu et le fidèle vit la souffrance comme une épreuve. Il est alors logique qu'il recherche la protection et la guérison auprès de Dieu. Les feuillets de Coran sont utilisés en macération ou en talisman pour soigner le malade. Ces différentes pratiques en concurrence avec la médecine coloniale n'ont pas manqué de faire surgir des oppositions parfois violentes.

En raison du taux très élevé de mortalité dans les structures sanitaires, particulièrement des suites de la fièvre jaune ou du fait d'accidents liés au début de la vaccination antiamarile, les médecins coloniaux ont parfois été soupçonnés d'euthanasie par les indigènes. C'est aussi pourquoi ceux-ci ont élaboré toute une panoplie de stratégies pour échapper aux mesures sanitaires.

Surveiller et punir les classes dangereuses

On a très tôt observé que la fièvre jaune frappait plus les Blancs que les indigènes ; au XIXe siècle, toute la littérature médicale le répète à satiété. Ce fait a confirmé tout le siècle dans la vision inégalitaire des races. La fièvre jaune a été un argument de ce qui a été appelé le « racisme scientifique » du XIXe siècle. Cette croyance selon laquelle les Noirs étaient immunisés contre la maladie a conditionné les pratiques médicales et administratives et fit des Noirs les véritables acteurs de l'administration coloniale pendant les crises épidémiques liées à cette maladie. Cette conception changea radicalement en 1927, suite à la reconnaissance d'un nouveau paradigme faisant des indigènes des porteurs discrets de la maladie et de dangereux diffuseurs, dont la surveillance devint une priorité de l'administration sanitaire.

Devant la difficulté à juguler la fièvre jaune et face à la résistance obstinée des indigènes, la cassure entre les différents groupes sociaux se matérialisa par un ensemble de théories et pratiques qui conduisirent à la naissance de la notion de « classes dangereuses » ou jugées comme telles. Les indigènes, les Syriens et les Portugais dans une moindre mesure ont été soumis à une surveillance stricte. Parmi les dispositifs de surveillance figuraient les Services d'Hygiène, les structures médicales à travers les statistiques hospitalières, la police et un dispositif législatif et réglementaire rigoureux.

L'état sanitaire des indigènes fut surveillé d'abord dans les dispensaires créés dans tous les centres d'une certaine importance et où les malades prirent de plus en plus l'habitude de se présenter ; ensuite à domicile, où la surveillance a été exercée par les infirmières visiteuses et les infirmiers sanitaires.

À Dakar, la polyclinique Roume, installée en août 1933, fut conçue dans cet esprit. Véritable sentinelle de l'état sanitaire des indigènes, cette dernière institua, en plus de l'obligation de faire enregistrer les décès auprès des mairies, un dispositif de surveillance de la santé de ses patients. Située en pleine zone indigène, la polyclinique est le principal centre d'assistance médicale gratuite pour les indigènes de la circonscription de Dakar en même temps qu'un excellent poste d'observation de l'état sanitaire. Elle constitue également un remarquable centre d'enseignement clinique pour les élèves de l'École de médecine. L'Institut d'hygiène sociale a donné 286 989 consultations en 1933 contre 128 754 en 1932, 144 163 en 1931 et 89 663 en 1930. Le nombre a donc plus que triplé en quatre ans. Ce qui permet par ailleurs d'interpréter ces chiffres comme un degré d'acceptation du système thérapeutique colonial. En dehors des soins des maladies vénériennes, surtout la syphilis pour laquelle les statistiques de l'établissement signalent plus de 31 000 injections thérapeutiques sur 1 861 syphilitiques, soit une proportion d'ensemble de 16,5 injections par malade, on peut signaler aussi la création d'un service du perçage des oreilles. Cette pratique, bien accueillie par la population indigène, surtout à l'époque des fêtes se développe de plus en plus. Le service vise à la disparition du tétanos, répandu par cette coutume. Pour inciter les femmes enceintes à recourir au service de la structure, des subventions sont accordées à celles qui y accouchent.

Les Syriens, nouveaux boucs émissaires

Il était admis par le corps médical et répété dans plusieurs rapports que les Syriens constituaient des agents actifs de diffusion de la fièvre jaune. Leur surveillance, dès lors, constitue un préalable dans la protection de la santé publique. Cette politique fut matérialisée par la décision du gouverneur général de délivrer une carte d'identité aux colporteurs syriens, les obligeant à se présenter au commissariat de police ou chez l'administrateur de leur résidence. Cette mesure d'identification fut doublée par le contrôle sévère des déplacements des Syriens, qui devaient aviser le service de la police ou l'administrateur de leur date de départ et de leur destination. Leur carte d'identité était annotée en conséquence. Dès que cette mesure fut édictée, les services administratifs procédèrent à une sorte de recensement des Syriens sur l'étendue de la colonie et rendirent compte des mesures prises. C'est ainsi que l'administrateur adjoint de Tivaouane adressa le 25 juin 1900 au gouverneur général la correspondance suivante :

> « En réponse à votre télégramme no S 257 du 24 juin au sujet des colporteurs syriens, j'ai l'honneur de vous adresser la liste de ceux qui se trouvent encore à Tivaouane. Je leur ai donné l'ordre de se présenter tous les matins au bureau du commissaire de police qui devra constater leur état sanitaire et me rendra compte ».

Cependant, le commissaire constata que les Syriens avaient l'habitude de changer très souvent de nom et de résidence et que l'obligation d'être munis et de faire viser leur carte était pour eux une grande gêne. De ce fait, il annonça tenir très rigoureusement à ce qu'ils soient tous en règle pour suivre leurs déplacements en dehors des villes.

Il ressort de l'analyse des dispositions prises à l'encontre des Syriens un constat qui ne transparaît pas à la lecture des informations fournies par les services de santé et de police de la colonie. Il s'agit des raisons d'ordre économique. À la suite de la Première Guerre mondiale, la Société des nations (SDN) plaça la Syrie et le Liban sous le régime du protectorat français et les citoyens de ces pays se virent accorder le statut de « protégés » français, leur ouvrant ainsi les portes des colonies françaises. Le mode d'organisation et leur rapide intégration dans le réseau du commerce de la traite, jusque-là sous le contrôle des maisons de commerce et des entrepreneurs français dans les colonies, firent d'eux de redoutables concurrents. La crise économique du secteur des oléagineux, qui représentaient 90 % des exportations du Sénégal et 60 % de celles de l'AOF, fut renforcée par la spéculation internationale et la cavalerie des trusts étrangers tels qu'Unilever. Cette situation renforça le sentiment d'abandon des coloniaux, ainsi qu'une stigmatisation de l'immigration et du statut des Libano-Syriens véhiculée par les chambres de commerce, l'Union coloniale et des politiciens locaux tels que Galandou Diouf.

La faillite successive des maisons de commerce tenues par des Français a été expliquée par la différence de statut liée à la race. Les Libano-Syriens, vivant dans des conditions de vie à peu près similaires à celles des indigènes, furent de très sérieux concurrents. En effet, la démonstration faite par J. Paillard (1935), à défaut d'être objective, explique en partie les raisons de la scission entre les deux communautés : un Français doit périodiquement rentrer en France pour soigner sa santé ébranlée par des séjours en pays torrides ; il doit loger dans des maisons bien construites, donc coûteuses ; il a une nombreuse domesticité indigène qui le délivre des travaux pénibles que ni son rang, ni le climat ne lui permettraient au surplus de faire ; il doit généralement envoyer ses enfants en France pour y recevoir l'instruction dont ils ne pourraient bénéficier sur place ; il est tenu à certaines exigences de vestiaire, de classe dans les trains ou sur les bateaux. En un mot, il lui faut beaucoup d'argent pour vivre. Or, la crise ruinait au lieu d'enrichir. Cependant, en face, le Syrien vivait de peu, couchait dans des cases ou des paillotes, supportait sans mal le climat, envoyait ses enfants à l'école indigène, voyageait en fourgon, en camion ou en cale. La crise était sans prise sur lui. Les immeubles et les affaires des Blancs chassés par la misère passèrent aux mains des Levantins.

Les statistiques produites avaient pour objectif de démontrer un envahissement de la colonie par les Libano-Syriens, ce qui aggravait le chômage et le sentiment d'une politique de main basse sur la colonie du Sénégal par des « métèques ». Un recensement détaillé de leur présence à Dakar a été établi, indiquant les rues et maisons qu'ils occupaient (Paillard, 1935).

Et Paillard de poursuivre :

> « Il était indispensable qu'une telle statistique soit dressée. Les Français qui veulent s'expatrier et qui ne peuvent y parvenir trouveront là l'explication de leurs déboires. Dix fois plus d'étrangers et de Libano-Syriens que d'indigènes. Cinq fois plus de Libano-Syriens que de Français. Mais comme pratiquement il y a environ trois hommes (frères, beaux-frères, cousins, amis etc.) pour chaque boutique de Syrien, pratiquement il y a à Dakar, comme commerçants, trente fois plus d'étrangers et de Levantins que d'indigènes. Quinze fois plus d'étrangers et de Levantins que de Français ».

La conclusion de la stigmatisation des Libano-Syriens a moins porté sur les chiffres produits que sur les recommandations faites par les chambres de commerce. En effet, celles-ci ont proposé les solutions suivantes :

– que tout le monde – étrangers, ressortissants, indigènes ou Français – soit astreint à avoir une comptabilité en règle ; – que le commerce ne soit permis qu'aux heures ouvrables. Autrement dit, qu'il soit interdit la nuit et les jours de fête pendant lesquels les services de répression des fraudes ne peuvent pas exercer de contrôle ; – que les étrangers, protégés ou ressortissants de race blanche soient astreints aux mêmes règles d'hygiène dans les pays tropicaux que les Français. Ce qui obligerait

les Libano-Syriens à vivre dans des conditions commerciales – ou de prix de revient – analogue aux Français. Que les faillis et condamnés de toutes sortes soient automatiquement et implacablement expulsés.

L'ensemble de ce dispositif tourné vers l'exclusion d'une classe sociale est très intéressant car il met en lumière la façon dont des dispositifs d'ordre hygiéniste s'insèrent dans le terrain complexe de l'économie d'une manière générale. En réalité, il était admis depuis l'épidémie de fièvre jaune en 1900, que les moustiques responsables de la maladie agissent la nuit tombée ; la communauté européenne redoutant cette épidémie plus que tout autre, se voyait ainsi réduite à laisser le terrain au commerce clandestin des Libano-Syriens, se livrant à la fraude en multipliant les points de traite de l'arachide par l'usage des camions. Il s'agissait ainsi, dans l'esprit des chambres de commerce, de faire appliquer aux Libano-Syriens les règles coercitives d'hygiène applicables aux Européens afin de réduire l'activité économique de ces derniers et donc leur compétitivité.

Les règlements d'urbanisme et la santé publique dans les villes coloniales

Devant la difficulté de soumettre les indigènes et face à la conviction que ces derniers constituaient le réservoir de virus où toutes les maladies contagieuses prenaient leur source, l'administration s'est progressivement résolue à une politique de mise à l'écart de la population dans des quartiers interdits aux Européens et assimilés (Marocains et Syriens). Exigée par le corps médical, cette pratique ne fut pas aisée pour des raisons économiques, politiques et juridiques. Toutefois, par des règlements d'urbanisme et des mesures d'expropriation, les indigènes furent progressivement isolés dans des quartiers éloignés de ceux réservés aux Européens.

La mise en application des mesures de lutte contre les épidémies, particulièrement celles contre la fièvre jaune, a laissé des traces dans le paysage urbain des villes coloniales, autant dans l'architecture que dans la topographie. Ainsi, la présence d'espèces végétales particulières, jugées fébrifuges (les caïlcédrats), délimitait les centres urbains des villes coloniales.

Si, en Côte d'Ivoire, la fièvre jaune conduisit à l'abandon de la capitale Bassam pour Bingerville, jugée plus salubre (Wondji, 1972), au Sénégal, elle conduisit à la ségrégation résidentielle des indigènes dans presque toutes les villes coloniales. La fièvre jaune fut à l'origine de la création du quartier Randoulène de Thiès, la peste de 1914 à celle de la Médina comme village de ségrégation à Dakar.

Il ressort de cet épisode épidémique une défaillance au sein du système de gestion des épidémies. En effet, les maires des communes évitèrent de prendre des mesures impopulaires et rejetèrent sur le gouverneur général de l'AOF la responsabilité des décisions relatives à l'hygiène publique.

Tirant les leçons de la crise de 1914, l'administration centrale décida une réforme administrative séparant Dakar de la colonie du Sénégal en 1924. Cette réforme eut le double avantage de mettre le chef-lieu de la fédération à l'abri des épidémies et de protéger l'économie de l'AOF des mesures de quarantaine qui furent sans cesse prises à la suite des multiples épidémies. En effet, en protégeant Dakar, on préserva l'unique port militaire de la côte atlantique à partir duquel toutes les transactions commerciales s'effectuaient avec le reste du monde, ainsi que le nouvel aéroport. Pour répondre aux normes des organisations internationales relatives à la fièvre jaune, un certain nombre de critères devaient être remplis par la colonie, en particulier un index stégomyen inférieur à 1 %. C'est dans le cadre de cette réforme qu'un service spécial de lutte contre la fièvre jaune a été créé pour la circonscription de Dakar et ses dépendances. À partir de 1927, on recueillit les fruits de cette politique. La fièvre jaune a disparu des statistiques médicales de la capitale. La maladie cessa de se manifester dans les centres urbains pour réapparaître dans les campagnes, sans toutefois mettre en péril la capitale qui était protégée par la vaccination.

La lutte contre la fièvre jaune a laissé sa marque dans le paysage urbain du Sénégal par la présence de bâtisses aux baies grillagées, mais également par la création d'espaces résidentiels réservés.

Le corps des indigènes comme objet d'étude

Pour assurer une lutte efficace contre les endémies africaines, les médecins lancèrent de grandes campagnes de traçage des vecteurs et de stérilisation des réservoirs de virus. Le corps des indigènes fut parfois le terrain d'expérimentation de vaccins et de médicaments. Les campagnes de lutte contre la fièvre jaune et la maladie du sommeil illustrent bien le cas.

Pour ce qui est de la fièvre jaune, la première campagne de masse a consisté à établir une cartographie de la sérologie des populations en vue de déterminer la répartition géographique de la fièvre jaune en Afrique de l'Ouest. L'expérience consistait à prélever du sang à un certain nombre d'indigènes et, le sérum obtenu était injecté à des Macacus qui recevaient en même temps du virus amaril de singe. Si les singes survivaient, on pouvait en conclure que le sérum avait un pouvoir protecteur et que les individus qui l'avaient fourni avaient été antérieurement atteints par la fièvre jaune. Si de jeunes enfants n'ayant jamais quitté la région avaient un sérum protecteur, on en tirait la conclusion que la région était un foyer d'endémicité amarile. Si seuls les adultes fournissaient un sérum protecteur, on pouvait affirmer qu'il y avait eu antérieurement une épidémie amarile, mais que la fièvre jaune n'y était pas implantée.

Les résultats de cette campagne ont définitivement mis fin à l'idée que les indigènes étaient réfractaires à la fièvre jaune. Ils furent ainsi considérés comme de dangereux réservoirs de virus qu'il fallait surveiller et stériliser par le biais de la vaccination.

La lutte contre la fièvre jaune prit au Sénégal diverses formes en fonction de l'évolution des idées médicales relatives à la maladie. Après plusieurs tentatives infructueuses d'éradication de la maladie, la solution retenue fut celle de la vaccination. Les recherches entreprises en vue de mettre au point le vaccin de la fièvre jaune furent longues et ponctuées d'erreurs et de controverses scientifiques avant que le vaccin ne soit finalement mis au point à l'institut Pasteur de Dakar. Toutefois, la mise en pratique de la vaccination fut encore plus difficile du fait des accidents post-vaccinaux et de la méfiance des populations indigènes et des Européens vis-à-vis du vaccin. Entre 1939 et 1952, il a été pratiqué 38 667 549 vaccinations simples ou mixtes pour un peu moins de 17 500 000 habitants (ANS, 1H170, 1953).

Au cours des années 1937-1942, les statistiques ont dénombré « 62 morts par ictère grave et 30 000 jaunisses prolongées » (archives de l'institut Pasteur de Dakar, IPD [dir.], 1944).



© asnom.org, Ponction lombaire recherche du trypanosoma brucei par les équipes du Dr Jamot, circa 1926.

Dans le cadre de la lutte contre la maladie du sommeil, Guillaume Lachenal (2014) a mis en lumière les mécanismes politiques et sociologiques de construction de la crise sanitaire comme événement et nous donne à voir comment l'administration coloniale a massivement administré de la Pentamidine à plus de 13 millions d'individus comme système de prévention et de traitement de la pathologie. L'utilisation de ce médicament, commencée dans les années 1940, se poursuit jusque dans les années 1970 avant que l'on reconnaisse son inefficacité et sa dangerosité.

Conclusion

La recherche historique sur la médecine et la santé en Afrique occidentale apporte un regard neuf sur les perceptions de notre passé sanitaire. L'analyse du discours des élites a mis au jour nos connaissances sur les idéologies coloniales et sur la perception culturelle de la maladie par différents groupes sociaux. Concurremment à l'étude des services de santé, la nature des rapports qu'entretenaient les différents acteurs et l'enjeu que représentait pour eux l'application des règlements sanitaires ont été explorés. Cet examen met en lumière une remarquable diversité d'opinions entre les groupes et même en leur sein, notamment parmi les élites médicales. Il explore les traces laissées par les politiques de santé sur les corps et dans l'espace – à travers les dispositifs de surveillance, de répression et de mise à l'écart des malades et des groupes à risque – tout en laissant entrevoir, derrière les décisions médicales, les mécanismes idéologiques, économiques et sociologiques en œuvre.

Bibliographie

Ouvrages et articles

Arnold, D. (1988). *Imperial medicine and indigenous societies* (Vol. 6). Manchester University Press, 258 p.

Arnold, D. (1993). *Colonizing the body: State medicine and epidemic disease in nineteenth-century India*. University of California Press, 368 p.

Curtin, P. D. (1961). "The White Man's Grave:" Image and Reality, 1780-1850. *Journal of British studies*, *1*(1), 94-110.

Curtin, P. D. (1968). Epidemiology and the slave trade. *Political Science Quarterly*, *83*(2), 190-216.

Headrick, D. R. (1981). *The tools of empire: Technology and European imperialism in the nineteenth century*. Oxford University Press, 221 p.

Lachenal, G. (2014). *Le médicament qui devait sauver l'Afrique : un scandale pharmaceutique aux colonies*. La Découverte, 240 p.

Lapeyssonnie, L. (1988). *La médecine coloniale: mythes et réalités*. Seghers, 310 p.

Paillard, J. (1935). *La fin des Français en Afrique noire*. L'œuvre des Français, 208 p.

Piessac [de]. (1927). *Le devoir social « il faut faire du Noir » ou la régénération de la race nègre*. Le Temps.

Sarraut, A. (1923). *La mise en valeur des colonies françaises* (Vol. 2). Payot, 56 p.

Wondji, C. (1972). La fièvre jaune à Grand-Bassam (1899-1903). *Outre-Mers. Revue d'histoire*, *59*(215), 205-239.

Sources archivistiques

Archives de l'institut Pasteur de Dakar (IPD)

Archives de l'institut Pasteur de Dakar ; IPD (dir) 4, Rapport de mission du général Pelletier à Washington, novembre 1944, pièce 6.

Institut Pasteur Outre-Mer (IPOM), 1989, Bibliographie analytique des travaux de l'Institut Pasteur de Dakar et des pastoriens en Afrique de l'Ouest : complément au rapport sur le fonctionnement technique de l'institut Pasteur de Dakar, p. 1.

IPD/Rap, 1936, Médecins indigènes, aide de laboratoire, in Rapport de fonctionnement de l'institut Pasteur de Dakar, p. 2.

IPOM/Dak, 3 août 1939, Correspondance de Durieux, directeur de l'institut Pasteur Outre-mer de Dakar à Valery Radot, directeur de l'institut Pasteur de Paris, pp. 13-102.

Centre des Archives d'Outre-Mer (CAOM) Aix-en-Provence

CAOM, série géographique/Sen/XI, Nouvelles et intéressantes recherches – Les moustiques – Expériences concluantes, 1900, pièce 47.

CAOM, série géographique, dossier 50 ; Mesures sanitaires prises au Sénégal en 1899, épidémie de fièvre jaune en mai 1900-avril 1901, épidémie de fièvre jaune en 1901 (octobre-novembre). Mission Grall, Marchoux et Jaquerez pour l'étude des causes de l'épidémie de fièvre jaune et des moyens d'en éviter le retour, 1901-1904, 1895-1904.

Archives nationales du Sénégal (ANS)

ANS, H16 (AOF), 10 ans de nosologie à l'hospice civil de Saint-Louis (1890-1900).

ANS, H10 (AOF), Correspondance du secrétaire général de l'Union coloniale au gouverneur général de l'AOF, 4 janvier 1900.

ANS, 1H70 (163), Rapport à l'appui de la demande d'exclusion de la Presqu'île du Cap-Vert de la zone africaine d'endémicité amarile présentée par le gouvernement français à la commission de quarantaine de l'Organisation mondiale de la santé, 1953.

A Brief History of Biopolitics in Senegal

The Hygienist Ordering of Society

Adama Aly Pam
PhD in History, Cheikh Anta Diop University, Senegal
Chief Archivist, UNESCO, France
a.pam@unesco.org

How to cite this paper:
Pam A. A., (2022). A Brief History of Biopolitics in Senegal. The Hygienist Ordering of Society. *Global Africa, (2)*, pp. 112-121.
https://doi.org/10.57832/a3q5-xs05

Received: September 8, 2022
Accepted: October15, 2022
Published: Devember16, 2022

Abstract

The history of colonial medicine in African is also that of the establishment of the political and ideological order theorized by colonial physicians. This study explores the history of the fight against miasmas and viruses in the hinterlands of Africa, considered as "the white man's graveyard", and interrogates the bio-politics and governance practices associated with the administration of colonized societies through public health policies that have left their lasting imprint on space and bodies. For long, the dearth of Francophone historiography regarding issues around health in French colonies in Africa had not been helped by the justification of medical intervention as a benefit that vindicated the colonial enterprise and France's civilizing mission. In questioning the interactions between health and colonization then, English-speaking authors consider the newly introduced medicine as a paramount actor in the colonial enterprise and believe that one cannot be analyzed without the other. A number of authors have addressed the issue of yellow fever.
It was introduced into Africa, they think, through the triangular slave trade. Faced with the reputation of the colonies as unsanitary and squalid, biological pacification – more than political pacification – was the prerequisite for any conquest. It was not until the early 20th century that a new health policy was developed to protect the indigenous "native" population; a policy that subsequently became centered on the issue of demography. The administration was faced with difficulty in attempts to subject the natives to public health awareness and hygiene, on one hand, because of quarantines, compulsory vaccinations and sanitary cordons, and on the other hand, because the natives were considered as virus reservoirs from where all contagious diseases originated. For these reasons, the authorities progressively resolved to a policy of segregating the local population, which was placed in areas forbidden to Europeans and other similar people. Medical research used indigenous people's bodies as guinea pigs, and these past practices, so amply documented in medical archives, keep coming back in the speeches of groups opposed to current vaccination policies.

Keywords

Health Policy, Hygiene, Discrimination, Western Medicine, Surveillance, Biopolitics, Epidemic Management, Tropical Medicine, Colonization, Pasteur Institute, Pastorians

Introduction

How did Western medicine develop in African countries under French colonial administration and how did it become interwoven in the vestiges of political and ideological aims of imperial policies? This paper proposes to revisit the institutional history of how French colonial medicine was established in West Africa and Senegal, its practices, and the role of French doctors in the genesis, development, and dissemination of tropical medicine in French colonial Africa. The history of health policies in the colonies is an indicator of social order, both in the way social relations are reflected on bodies and spaces, and in the manner political institutions organize protection, prevention and care. Due to/Beyond the interest of the issue, the history of colonial medicine is riddled with a multitude of opposing views and perspectives. Some works celebrate the work of colonial physicians (Sarraut, 1923; Lapeyssonnie, 1988), while others propose a critical reading of colonial medicine in Africa, its legacies and achievements (Curtin, 1961, 1968; Arnold, 1988, 1993; Headricks, 1981; Pam, 2018). This article analyzes the role of colonial physicians, the strategies deployed in the medicalization of West African societies, the way in which the struggle against miasmas and viruses in the colonies was constructed and transformed over time. I will also showcase the conquest of the "infested" shores of the Atlantic in the face of *vomito negro* (yellow fever), the horror of colonialists, and which was the object of the first intercolonial research network bringing together French and English scholars and the Rockefeller Foundation.

Institutional and administrative workings of the colonial health policy

French health policy in Senegal was built up – over the course of colonization and recurring health crises – into a system organized with a view to furthering colonial domination and exploitation. From 1896 onwards, it used an early network of hospitals, which became larger afterwards, a set of administrative structures and coercive legislation designed to "medicalize", that is, regard indigenous societies as diseases to be treated, and foster the economic development of the newly conquered territories. The evolution of health institutions can be divided into two distinct stages, both characteristic of a different political orientation. The first one starts from the conquest to the "pacification", during which sanitary policies are exclusively geared towards the protection of the military element, since no conquest is possible without it. Then, as the colony developed, it was extended to the main administrative and economic centers of the Four Communes[1], and then to the secondary centers of the larger protectorate. Until then, the French sanitary policy in colonies covered only the Europeans and their service agents. The second orientation of the sanitary policy emerged in the early 20th century to support the development of the colony.

Under pressure from the local European population there, seriously affected by yellow fever, the authorities developed medical structures in the colonies. During the same time, in the aftermath of World War I, French people's main task was to rebuild their country. To achieve this, the colonies played an essential role in France's economic and financial recovery. This justified the implementation by Albert Sarraut, then Minister of Colonies, of an action program based on both the "economic value" and the "human value" of the colonial territory. In order to develop an abundant workforce, demography became the basis of the work of health physicians, which was summed up by Governor General Albert Sarraut's famous expression: "faire du Noir", meaning to foster the growth of a much-needed black labor force (Piessac [de] 1927). This policy was implemented through a hygienist policy, the creation of the Indigenous Medical Assistance (AMI) and the section of visiting midwives trained at the School of Medicine. However, the adoption of new preventive measures led to resistance because these clashed with age-old customs. So educating girls was viewed as a solution to get the natives[2] to adopt the new medical practices.

1 Gorée, Rufisque, Saint-Louis and Dakar.
2 The term indigène, "native" in the text is the term used in the colonial literature. It refers to here Africans. It is in keeping with the racialist vision of those days.



© asnom.org, Use of DDT in the post-war period against mosquitoes (intra-domiciliary treatment, bodies of water and places of life).

Scientists for the empire: from a microbiology laboratory to the Pasteur institutes

Pasteur's findings proved to be a turning point in the strategies for public health in the colonies. In 1881, Pasteur went to Bordeaux to visit recovering patients who had fled the colony of Senegal, in prey to an epidemic of yellow fever, and drew their blood to try to identify the germ responsible for the disease. In 1896, Emile Marchoux, one of Pasteur's disciples, founded the first outline of the Pasteur Institute in Saint-Louis. There he studied, among other things, the waterborne origins of typhoid fever, did research on malaria in Dakar and Saint-Louis and, for the first time, made known the cycle of the malignant third-party parasite in humans. In terms of health care, he carried out experiments on malaria prevention by prescribing quinine to the soldiers of the city's garrison.

In 1913, the microbiology laboratory was transferred to Dakar (the capital city of the Afrique occidentale française (AOF) – French West Africa, to become the Laboratoire de Bactériologie et de Zootechnie. Governor William Ponty defined laboratory's mission as researching and studying bacterial and protozoan diseases in humans, animals and plants; investigating their transmission by insects; and researching ways to prevent and treat them (Institut Pasteur Outre-Mer [IPOM], 1989).

Institut Pasteur in Dakar specializes in human microbiology, and its branch in Kindia, Guinea, in veterinary microbiology. French Equatorial Africa hosted the Brazzaville Pasteur Institute. These institutions succeeded in elucidating the epidemiological cycles and transmission modalities of diseases, and in defining preventive and control methods (for example, against sleeping sickness and yellow fever, whose vaccine was developed by the Tunis and Dakar laboratories).

From 1925 to 1931, the Pasteur Institute in Dakar directed a practical training course in microbiology and hygiene for indigenous physicians and laboratory assistants, for them to master the elements necessary for specific diagnoses (IPD/Rap, 1936). As part of a more global strategy to fight dreadful epidemic scourges, international collaborations were set up such as the inter-African conference on yellow fever in Dakar or courses in tropical medicine for naval physicians from Poland (IPOM/Dak, 13/102).

Creation of a specialized medical training and the genesis of medicine on a large scale

In the early 20th century, the French Colonial Union became fully aware of the inadequacies of sanitary health in French West African colonies. It launched a fundraising campaign among French companies involved in economic activities in colonies in order to set up a specialized course on colonial diseases at

the Sorbonne. The medical staff of colonies were indeed considered insufficiently prepared for diseases in tropical countries. A number of companies and banks undertook to subsidize this project for six years (ANS, H 10 [AOF] 1900). On October 3, 1905, this idea led to the creation of the "École d'application du service de Santé des troupes coloniales", dubbed "École du Pharo" in Marseille, specializing in tropical medicine.



© asnom.org Screening by a trypanosomiasis survey team (Cameroon), circa 1926

In practice, the February 8, 1905 decree instituted the Indigenous Medical Assistance Service (Assistance médicale indigène, AMI), responsible for providing free medical care and hygiene advice to the indigenous population and for implementing vaccination programs.

However, the medical staff remained insufficient and the colonies did not attract many people in spite of the recruitment campaigns of doctors in France. According to the January 7, 1906 decree, the administration decided to create a corps of native medical assistants, meant to help the AMI doctors and to combat the influence of marabouts and charlatans.

The 1914 military draft campaigns exposed the shortage of personnel and the extent of health problems. The increasingly dominant role of the colonial economy in the wealth of the metropolis led the administration to envisage the creation of a medical school in Dakar, which was opened on November 1, 1918, to train the indigenous medical elite. Faced with recruitment difficulties, one solution was to hire foreign contractual doctors, mainly Russians who had immigrated to French West Africa, in the wake of the October 1917 Bolshevik revolution.

In 1927, they made up more than 38% of the medical staff in Senegal. This system was completed on February 15, 1926 by the creation of a corps of visiting nurses and health assistants to investigate social diseases and detect epidemic infections.

In the following years, several medical services were created: the Trypanosomiasis Prophylaxis Service in 1931, the Psychiatric Assistance Service in 1938, the Autonomous Sleeping Sickness Service in 1939, in addition to the Medical Inspection of Schools in French West Africa, and Togo in 1942. In 1944, the Dakar School of Medicine was renamed the Dakar School of Medicine and Pharmacy. The 27 July 1949 decree organized the health services in the AOF, based on two main divisions: the Hygiene and Prophylaxis general service to fight the major endemic diseases; and fixed services comprising a health units network at federal level, as well as territorial organizations.

The General Mobile Hygiene and Prophylaxis Service (Service général d'Hygiène mobile et de Prophylaxie, SGHMP) was established in French West Africa by decree 214 of 22 January 1945, to combat major social diseases through several missions: research, mass screening, mass treatment, prophylaxis,

and training of specialized personnel. The SGHMP had a head office in Bobo-Dioulasso, Upper Volta, and five sections, each of which specialized in the study of an endemic disease: trypanosomiasis, leprosy, malaria, filariasis and eye diseases. In addition to these research units, the SGHMP had field units with mobile teams.

In 1951, the State Nursing School was established to support the new health policy's works.

After the Second World War, international political developments had a positive impact on the health organization of colonies and countries under mandate, thanks to the World Health Organization (WHO) and the creation of research institutes such as Orana (Organization for Food and Nutrition Research in Africa). When the former AOF territories became independent, European doctors had to leave and the federal structures for public health programs management were dismantled.

The medicalization of colonial societies

The singular confrontation between the colonies and yellow fever is highly instructive. The main difficulty colonial medicine had to overcome was to get people to accept the new medicine's standards. This challenge is related to the cultural representations of facts around health issues. In indigenous society, two worlds exist side by side: on the one hand, the visible and palpable world: humans, animals, vegetation, land, hills, rivers and stars; on the other hand, the world of the invisible, namely supernatural beings, elders and ghosts, genies and doubles of the living who, as the actual masters of the game, take part in people's lives and are very often accused of inflicting diseases.

Illness is experienced as the manifestation of a disconnect with the gods or ancestors, and healing is only possible through reparation for the fault committed. In Islamic societies, illness is considered an act of God's will and the faithful will regard suffering as a kind of trial. It is therefore logical for them to seek protection and healing from God. Qur'anic pages are macerated in concoctions or as a talisman to heal the sick. These various practices, which were in competition with colonial medicine, did not fail at times to lead to violent opposition

In view of the very high mortality rate in health structures, particularly as a result of yellow fever or of accidents linked to the early implementation of yellow fever vaccination, the natives sometimes suspected colonial doctors of practicing euthanasia. This is also the reason why the locals developed a whole range of strategies to dodge health measures.

Monitoring and punishing the dangerous classes

It was observed very early on that yellow fever hit whites more than natives; in the 19th century, all the medical literature constantly rehashed the fact, which confirmed during the whole century the idea that races were not equal. Yellow fever was an argument for what has been called the 19th century's "scientific racism". Blacks were regarded as immune to the disease and this belief influenced medical practices: Blacks became the colonial administration's tool during the epidemic crises linked to this disease during the period. This perception changed radically in 1927, following the recognition of a new paradigm that made the natives stealth carriers of the disease, hence dangerous spreaders whose surveillance became a priority for public health administration.

Faced with the challenge of curbing yellow fever and the natives' stubborn resistance, the rift between the different social groups materialized in a set of theories and practices that led to the emergence of the notion of "dangerous classes" or deemed as such. The natives, Syrians and to a lesser extent the Portuguese, were subjected to strict surveillance through hygiene services, medical structures and hospital statistics, the police and a rigorous legislative and regulatory system, all contributed to this surveillance process.

The health status of natives was monitored first in the dispensaries set up in all centers of some importance, where the sick became more and more accustomed to come for assistance; then in the homes, where monitoring was carried out by visiting nurses and health technicians.

In Dakar, the Roume polyclinic, set up in August 1933, was designed along these lines. As a real sentinel of the natives' health, the Polyclinic instituted – in addition to the obligation to register deaths at the city halls – a system to monitor its patients' health. Located in the heart of the indigenous area, the polyclinic was the main center for free medical assistance to the indigenous people of Dakar, as well as an excellent observation post for their health conditions. It was also a remarkable clinical teaching center for the School of Medicine's students. In 1933, the Social Hygiene Institute gave 286,989 medical consultations as against 128,754 in 1932; 144,163 in 1931 and 89,663 in 1930. Figures therefore more than tripled over four years. This also means these figures can be interpreted as a degree of acceptance of the colonial therapeutic system. The creation of an ear-piercing service is worth mentioning, in addition to the treatment of venereal diseases, especially syphilis, for which the establishment's statistics report more than 31,000 enforced treatments on 1,861 syphilitic patients, i.e., an overall proportion of 16.5 injections per patients. This practice, was warmly welcomed by the indigenous population, especially at the time of indigenous people's ritual festivals and celebrations, and it kept on developing. The service aimed at eradicating tetanus, a disease whose dissemination was increased by this custom. To encourage pregnant women to use the service, subsidies were granted to patients giving birth there.



© asnom.org Screening in Banfora (now Burkina Faso) by SGAMS, Circa 1940.

Syrians as the new scapegoats

There were several reports that Syrians were active agents in the spread of yellow fever and the medical profession believed it. Their surveillance was therefore a prerequisite for the protection of public health. This policy was implemented through the Governor General's decision to issue an identity card to Syrian itinerant traders and hawkers, requiring them to report to the nearest police station or to their residence administrator. This identification measure was coupled with strict control of the movements of Syrians: they had to notify their date of departure and destination to the police department or the administrator. Their ID cards was annotated accordingly. As soon as this measure was enacted, the administrative services proceeded with a sort of census of Syrians throughout the colony and called to account for the measures taken. Accordingly, on June 25, 1900, the Tivaouane deputy administrator sent the Governor General the following correspondence:

> "In response to your June 24 telegram, N°. S 257, concerning Syrian hawkers, I hereby send you a list of those still to be found in Tivaouane. I have ordered them to report every morning to the police commissioner's office, who will check their health and report to me".

However, the commissioner noted that Syrians would change their names and residences very often. Therefore, the obligation to carry their cards and to have them stamped was seriously inconvenient for them. Therefore, he announced that he was rigorously keen to ensure they were all complying with the law, so as to monitor their movements outside cities.

When analyzing the measures taken against Syrians, one can observe that the information provided by the colony's health and police services fail to acknowledge the underlying economic motives.

Following the First World War and the partitioning of the Ottoman Empire, the League of Nations placed Syria and Lebanon under the mandate of French protectorates, and the citizens of these countries were granted the status of French protégés, protected citizens, thereby ushering them into the network of French colonies. The way they were organized and their rapid integration into the trade network, which had long been controlled by French trading houses and entrepreneurs in the colonies, made them formidable competitors. The crisis in the oil-seed sector, which accounted for 90% of Senegal's exports and 60% of the AOF's, was worsened by international speculation and the financial trading of foreign corporations such as Unilever. This situation reinforced the colonialists' feelings of abandonment, and increased the stigma attached to immigration and to how Lebanese-Syrians were perceived, as conveyed by the chambers of commerce, the Colonial Union and local politicians such as Galandou Diouf. The bankruptcies of successive French-owned trading houses were reduced to racial differences. That since Lebanese-Syrians lived in conditions roughly similar to the natives', they were very serious competitors. Indeed, the essay by J. Paillard (1935) – while not objective – partly explains the reasons for the split between the two communities: the Frenchman had to periodically return to France to care for his health, shaken as it was by his stays in torrid countries; he generally had to live in well-built, therefore expensive, houses; he had a numerous number of native domestics that relieved him of the hard work that neither his rank nor the climate would have allowed him to do; he had to send his children to France to receive the education they could not benefit from on the spot; he was bound to specific clothing requirements and to traveling first class in trains or ships. In short, he needed a lot of money to live up to these standards. Now, the crisis was ruining instead of enriching him. On the other hand, the Syrian lived on a shoestring, slept in shacks or straw huts, readily withstood the climate, sent his children to the local school, and traveled by van, truck or in the hold of a ship. The crisis had no effect on him. The buildings and businesses that used to belong to the whites before they were driven out by poverty were bought by the Levantines. The statistics produced were intended to demonstrate the colony was being invaded by Lebanese-Syrians, which exacerbated unemployment and the feeling that the colony of Senegal was being taken over by "métèques" (mongrels). A detailed census of their presence in Dakar was established, indicating the streets and houses they occupied (Paillard, 1935).

Paillard continues:

> "It was essential that such statistics be drawn up. It was there that the French – who wanted to expatriate themselves and were unable to do so – would find the reason for their failures. Ten times more foreigners and Lebanese-Syrians than natives. Five times more Lebanese-Syrians than French. However, as there were practically three men (brothers, brothers-in-law, cousins, friends, etc.) tending each Syrian store, the merchants' community in Dakar comprised practically thirty times more foreigners and Levantines than natives. Fifteen times more foreigners and Levantines than French nationals".

As a conclusion, the stigmatization of Lebanese-Syrians had less to do with the figures produced than with the recommendations made by the Chambers of Commerce. Indeed, they proposed the following solutions:

that everyone – foreigners, nationals, natives or French – should be required to have proper and sound accounting;

that trade be allowed only during working hours. In other words, it should be forbidden at night and on holidays, when the fraud control services cannot exercise control; that foreigners, be they protected or white nationals, be subject to the same hygiene rules in tropical countries as the French. This would force Lebanese-Syrians to live under commercial conditions – or with cost prices – similar to the French. That bankrupts and convicts of all kinds be automatically and relentlessly expelled.

All these methods, aimed at excluding a social class, is very interesting because it highlights the way in which hygienic measures are inserted into the complex terrain of the economy in general. Actually, it had been admitted, since the 1900 yellow fever epidemic, that the mosquitoes responsible for the

disease were most active at night; the European community feared this epidemic more than any other, and was therefore constrained to leave the clandestine trade field to the Lebanese-Syrians, who were allegedly indulging in fraud by multiplying the peanut trading-points with the use of trucks. The intention of the Chambers of Commerce was to ensure that the Lebanese-Syrians were under the same coercive hygiene rules applicable to Europeans in order to reduce the former's economic activity, hence their competitiveness.

Urban planning regulations and public health in colonial cities

The administration was faced with the difficulty of repressing the natives and was convinced they constituted the vessels of viruses and the root of all contagious diseases. So, the colonial administration gradually began implementing a segregation policy by declaring neighborhoods with local populations off limits to Europeans and those of Moroccan and Syrian descents. Although demanded by the medical profession, this practice proved challenging for economic, political and legal reasons. Nevertheless, through urban planning regulations and expropriation measures, the natives were gradually isolated in neighborhoods far from the areas reserved for Europeans.

The implementation of measures to fight epidemics, particularly yellow fever, left its mark on the urban landscape of colonial cities, both in terms of architecture and topography. Indeed, the presence of particular plant species caïlcédrats (febrifuges), considered to be antipyretic, demarcated the borders of colonial urban centers. In Côte d'Ivoire, yellow fever led to people abandoning the capital Bassam and moving to Bingerville – considered more sanitary (Wondji, 1972). In Senegal, instead, it led to the residential segregation of natives in almost all colonial cities. Yellow fever resulted in the creation of the neighborhood of Randoulène in Thiès, just like the 1914 plague led to the creation of Medina as a segregated area in Dakar.

This epidemic episode highlighted a shortcoming in the epidemic management system. As a matter of fact, mayors of communes avoided taking unpopular measures and blamed the AOF's Governor General for decisions related to public hygiene.

The 1914 crisis taught the central administration a couple of lessons. In 1924, the latter therefore decided to separate Dakar from the rest of the colony of Senegal administratively. This reform had the twofold advantage of protecting the federation's capital from epidemics and of safeguarding the AOF's economy from the quarantine measures that were constantly imposed to tackle multiple epidemics. Indeed, by protecting Dakar, the new airport and the only military port on the Atlantic coast, from which all commercial transactions were conducted with the rest of the world, was preserved. In order to meet international standards for yellow fever, a number of criteria had to be met by the colony, in particular a stegomyen index below 1%. As part of this reform, a special yellow fever control service was created for the district of Dakar and its outskirts. From 1927 onwards, the fruits of this policy were reaped. Yellow fever disappeared from the capital's medical statistics. The disease no longer broke out in the urban centers, but reappeared in the countryside, without endangering the capital, which was protected by vaccination. The fight against yellow fever left its mark on Senegal's urban landscape with buildings with mesh netting and the creation of reserved residential areas.

The bodies of natives as an object of study

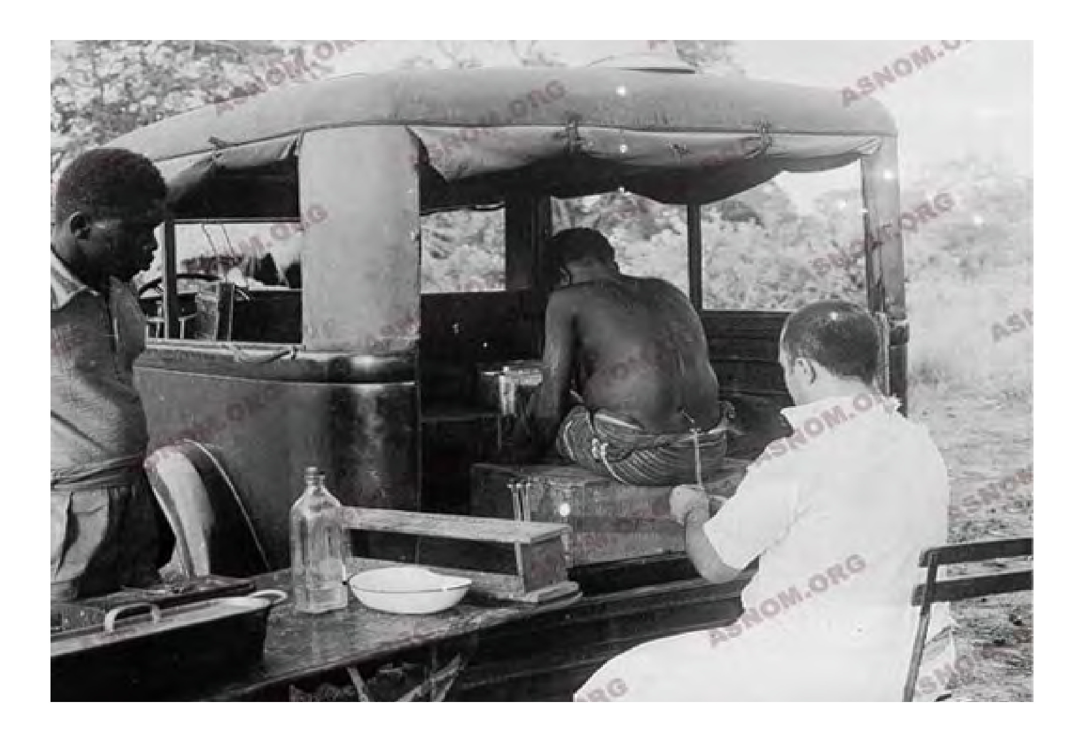
To ensure an effective containment of African endemics, doctors launched large-scale campaigns to trace vectors and sterilize virus reservoirs. Native bodies were sometimes used as testing grounds for vaccines and medicines. The campaigns against yellow fever and sleeping sickness are a case in point. The first mass campaign against yellow fever consisted of mapping the population's serology in order to determine the geographic distribution of yellow fever in West Africa.

The experiment consisted of taking blood samples from a number of natives and injecting the resultant serum into Macaques monkeys, which were simultaneously injected with the monkey amaril virus. If the monkeys survived, it could be concluded that the serum was protective and that the individuals who provided it had previously been infected with yellow fever. If young children who had never left the area had protective serum, the conclusion was that the area was a cluster of amaril endemicity. If

only adults provided protective serum, it could be concluded that there had been a previous amaril epidemic, but that yellow fever was not entrenched there. This campaign's results definitively shattered the notion that the natives were resistant to yellow fever. They were therefore considered as dangerous virus reservoirs that needed to be monitored and sterilized through vaccination.

The fight against yellow fever in Senegal took various forms depending on the evolution of medical ideas about the disease. After several unsuccessful attempts to eradicate it, vaccination was chosen as the solution. The research undertaken to develop the yellow fever vaccine was long and punctuated by scientific errors and controversies before the vaccine was finally developed at the Pasteur Institute in Dakar. However, the implementation of the vaccine was even more challenging due to the occurrence of post-vaccination accidents, as well as to the distrust of the vaccine by both the indigenous populations and Europeans. Between 1939 and 1952, a total of 38,667,549 simple or mixed vaccinations were performed for just under 17,500,000 inhabitants (ANS, 1H170, 1953). Between 1937 and 1942, statistics show "62 deaths from severe jaundice and 30,000 prolonged jaundice" (Pasteur Institute of Dakar Archives, IPD [ed.], 1944).

In the context of the campaign against sleeping sickness, Guillaume Lachenal (2014) shed light on the political and sociological mechanisms of constructing the health crisis as an event; and he gives us a glimpse of how the colonial administration massively administered Pentamidine to more than 13 million individuals as a prevention and treatment system against the pathology. The use of this drug, which began in the 1940s, continued until the 1970s, before both its ineffectiveness and danger were at last acknowledged.



© asnom.org Lumbar puncture for trypanosoma brucei by Doctor Jamot's team circa 1926

Conclusion

Historical research on medicine and health in West Africa provides new insights into perceptions of health in the past. The analysis of elite discourse has shed light on colonial ideologies and on cultural perception of disease by different social groups. In conjunction with the study of health services, we

have explored the nature of the relationships between different actors and the challenges they faced in enforcing health regulations. This examination reveals a remarkable diversity of opinion between – and even within – groups, particularly among medical elites. It explores the traces left by health policies on bodies and in space – through surveillance, repression and the exclusion of the sick and at-risk groups – while revealing that, underneath medical decisions, ideological, economic and sociological mechanisms were being implemented.

Bibliography

Books and articles

Arnold, D. (1988). *Imperial medicine and indigenous societies* (Vol. 6). Manchester University Press, 258 p.

Arnold, D. (1993). *Colonizing the body: State medicine and epidemic disease in nineteenth-century India*. University of California Press, 368 p.

Curtin, P. D. (1961). "The White Man's Grave:" Image and Reality, 1780-1850. *Journal of British studies*, *1*(1), 94-110.

Curtin, P. D. (1968). Epidemiology and the slave trade. *Political Science Quarterly*, *83*(2), 190-216.

Headrick, D. R. (1981). *The tools of empire: Technology and European imperialism in the nineteenth century*. Oxford University Press, 221 p.

Lachenal, G. (2014). *Le médicament qui devait sauver l'Afrique : un scandale pharmaceutique aux colonies*. La Découverte, 240 p.

Lapeyssonnie, L. (1988). *La médecine coloniale: mythes et réalités*. Seghers, 310 p.

Paillard, J. (1935). *La fin des Français en Afrique noire*. L'œuvre des Français, 208 p.

Piessac [de]. (1927). *Le devoir social " il faut faire du Noir " ou la régénération de la race nègre*. Le Temps.

Sarraut, A. (1923). *La mise en valeur des colonies françaises* (Vol. 2). Payot, 56 p.

Wondji, C. (1972). La fièvre jaune à Grand-Bassam (1899-1903). *Outre-Mers. Revue d'histoire*, *59*(215), 205-239.

Archival Sources

Archives de l'institut Pasteur de Dakar (IPD)

Archives de l'institut Pasteur de Dakar ; IPD (dir) 4, *Rapport de mission du général Pelletier à Washington*, novembre 1944, pièce 6.

Institut Pasteur Outre-Mer (IPOM), 1989, *Bibliographie analytique des travaux de l'Institut Pasteur de Dakar et des pastoriens en Afrique de l'Ouest : complément au rapport sur le fonctionnement technique de l'institut Pasteur de Dakar*, p. 1.

IPD/Rap, 1936, Médecins indigènes, aide de laboratoire, in *Rapport de fonctionnement de l'institut Pasteur de Dakar*, p. 2.

IPOM/Dak, 3 août 1939, *Correspondance de Durieux, directeur de l'institut Pasteur Outre-mer de Dakar à Valery Radot*, directeur de l'institut Pasteur de Paris, 13-102.

Centre des Archives d'Outre-Mer (CAOM) Aix-en-Provence

CAOM, *série géographique/Sen/XI, Nouvelles et intéressantes recherches – Les moustiques – Expériences concluantes*, 1900, pièce 47.

CAOM, *série géographique, dossier 50 ; Mesures sanitaires prises au Sénégal en 1899, épidémie de fièvre jaune en mai 1900-avril 1901, épidémie de fièvre jaune en 1901 (october-november). Mission Grall, Marchoux et Jaquerez pour l'étude des causes de l'épidémie de fièvre jaune et des moyens d'en éviter le retour, 1901-1904, 1895-1904.*

Archives nationales du Sénégal (ANS)

ANS, H16 (AOF), *10 ans de nosologie à l'hospice civil de Saint-Louis (1890-1900)*.

ANS, H10 (AOF), *Correspondance du secrétaire général de l'Union coloniale au gouverneur général de l'AOF*, 4 janvier 1900.

ANS, 1H70 (163), *Rapport à l'appui de la demande d'exclusion de la Presqu'île du Cap-Vert de la zone africaine d'endémicité amarile présentée par le gouvernement français à la commission de quarantaine de l'Organisation mondiale de la santé*, 1953.



@Elise Fitte-Duval, « Série Dés-augmentation », réalisée dans le quartier Ouakam de Dakar, 2021.

Décoloniser la santé mondiale

Ibrahima Socé Fall
Directeur-Général Adjoint de l'OMS en charge de la réponse aux urgences
Sous-secrétaire Général des Nations Unies
socef@who.int

Interrogé par

Mame-Penda Ba
Professeure de sciences politiques, Université Gaston Berger, Sénégal
Directrice du LASPAD et rédactrice en chef de *Global Africa*
mame-penda.ba@ugb.edu.sn

El Hadj Mbaye
Maître de conférences en sciences politiques, Université Gaston Berger, Sénégal
elhadjimbaye@gmail.com

How to cite this paper:
Fall I. S., (2022). Décoloniser la santé mondiale. *Global Africa*, (2), pp. 123-130.
https://doi.org/10.57832/tyta-ha67

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

***Ba et Mbaye :** Merci, Dr Fall, d'avoir accepté cet entretien. La première question est relative à votre trajectoire : comment devient-on directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) quand on s'appelle Ibrahima Socé Fall ?*

Fall : Oh, c'est une question complexe parce que ma trajectoire n'est pas linéaire. J'ai su très tôt que je voulais être médecin et qu'il n'y avait pas pour moi d'autres options. Enfant, j'avais un terrain allergique et j'étais régulièrement chez le médecin. Deux médecins m'ont particulièrement marqué à Rufisque où j'ai grandi, le Dr Lamine Dieng et le Dr Cheikh Dieng. J'avais la plus grande admiration et le plus grand respect pour eux. Ils symbolisaient à la fois, le savoir, la culture, le charisme et exerçaient la profession la plus noble et la plus utile socialement pour moi.

A une époque où l'école publique formait encore les meilleurs élèves, j'ai eu la chance d'avoir d'excellents enseignants, que ce soit à l'école primaire ou au lycée, ce qui m'a encore donné le goût et la motivation d'être médecin. J'avais d'excellents professeurs de biologie et de sciences naturelles. Et quand j'ai eu le baccalauréat – à l'époque il fallait remplir des formulaires d'orientation pour le choix de la filière à suivre –, je devais inscrire trois options par ordre de préférence pour l'enseignement supérieur : j'ai choisi médecine pour les trois options. Je ne voulais même pas envisager la possibilité de faire autre chose. D'ailleurs, en classe de terminale, en même temps que le baccalauréat, j'avais passé le concours d'entrée à l'École militaire de santé. J'ai été reçu à ce concours et j'ai fait ma formation de médecin à l'École militaire de santé.

Je ne me suis pas d'abord orienté en santé publique, je voulais faire la médecine interne qui me passionnait, mais je ne me suis pas vraiment retrouvé dans la culture du mandarinat des services de médecine interne. Je me suis donc réorienté en chirurgie. J'ai commencé à exercer la chirurgie à l'hôpital Principal de Dakar, j'étais tout le temps au bloc opératoire avec les anciens comme le Dr Gorgui Diaw qui m'avait encadré et enseigné les rudiments de la chirurgie, Cela m'a beaucoup aidé plus tard sur le terrain. Et quand j'ai terminé ma médecine en 1992, on était en pleine crise en Casamance, j'ai été envoyé dans cette région pendant deux ans avec les troupes combattantes. Après ma mission en Casamance, j'ai été envoyé à Marseille pour une formation en médecine tropicale et épidémiologie à l'Institut de médecine tropicale du service de santé des armées (IMTSSA), une école qui avait conservé tout l'héritage de la médecine tropicale de l'armée française. C'était en 1994–1995. C'est là où j'ai commencé à étudier en profondeur l'épidémiologie des maladies infectieuses et la lutte contre les maladies émergentes et ré-émergentes. Malgré cela, à mon retour au Sénégal, j'avais toujours en tête de continuer la chirurgie mais l'armée m'avait déjà détaché au ministère de la Santé et on m'a envoyé à Podor pour travailler sur les grandes endémies et aussi pour être responsable de district. C'est durant cette période que j'ai commencé à passer beaucoup de temps dans les villages, et j'ai compris que la médecine était très vaste et qu'il y avait beaucoup de choses à faire. C'est là que j'ai mis de côté la chirurgie et j'ai décidé de m'orienter en santé publique définitivement. J'ai eu par la suite l'opportunité de participer à un cours international de l'OMS sur la lutte contre le paludisme au Cameroun. Je suis parti de Podor dans des conditions assez compliquées et quand je suis arrivé, c'était déjà la fin du premier module qui portait sur l'épidémiologie. Il fallait faire l'examen deux jours après. Quand on a fait les tests, j'avais la meilleure note en épidémiologie. Les gens se demandaient « comment est-ce possible ? » mais en fait j'avais déjà fait l'épidémiologie à Marseille, et j'avais déjà une expérience de terrain à Podor. À la fin du cours, j'avais les meilleurs résultats et l'équipe de l'OMS a commencé à me suivre et puis progressivement à me solliciter pour faire des missions à partir de 1998–1999. À l'époque c'était l'Initiative africaine de lutte contre le paludisme. Et quand le programme *Roll Back Malaria* a été lancé en 1998, il fallait trouver des experts pour aller faire les analyses de situation dans différents pays et préparer les plans stratégiques, etc. J'ai été coopté pour faire partie du groupe d'experts qui a démarré *Roll Back Malaria*. J'étais le plus jeune du groupe. Pour moi, les missions constituaient des moments de découverte et d'apprentissage sur le terrain. En faisant ça, bien entendu, je continuais à travailler au Sénégal. Après Podor, je suis venu à Diamniadio ouvrir l'hôpital Élisabeth Diouf puis je suis parti à l'université commencer les enseignements en santé publique.

Quand l'OMS m'a proposé un poste, je ne voulais pas vraiment partir et je suis resté deux semaines sans répondre au message que j'avais reçu. J'étais assistant au département de santé publique de l'UCAD et je ne voulais pas partir pour une longue période. J'ai demandé une mise en disponibilité pour une année, mais le Conseil de faculté tardait à se décider. À un moment donné, je me suis dit : « pourquoi ne pas essayer ? ». Je savais que j'avais beaucoup de choses à apprendre là-bas. J'ai déposé ma démission et je suis finalement parti, je voulais rester une ou deux années mais j'étais tellement engagé que cela m'a pris plus de temps.

Pendant toute ma carrière à l'OMS, je suis resté focalisé sur le professionnalisme et la science pour avancer. Être professionnel, toujours chercher des connaissances solides et l'expérience réelle du terrain. C'est avec cette conviction que j'ai évolué à l'OMS, sans aucun soutien particulier si ce n'est celui de mon épouse et de mes enfants, ne comptant que sur mes propres efforts et la confiance que j'avais en moi parce que c'est important. La confiance fait partie de ma liste des c. J'ai une longue liste de c pour évoluer dans les instances internationales mais partout en réalité. Le premier « c » est la recherche de la connaissance. Il est clair qu'il faut faire la différence entre connaissance et information parce que souvent on a accès à l'information, et pas à la connaissance or c'est surtout celle-ci qu'on peut mobiliser pour prendre de bonnes décisions. Le deuxième « c » c'est le courage. Sans courage on ne peut pas avancer dans ce système ni dans la vie de manière générale. Le courage d'aller au-delà de ses limites, mais aussi le courage de dire non quand c'est non, de dire oui quand c'est oui et le courage de reconnaître ses erreurs. Le dernier « c » c'est de travailler avec beaucoup de compassion et de justice, travailler avec le cœur, parce que c'est avec le cœur qu'on peut réellement aller au-delà de certaines limites. Cela n'a pas été facile parce que lorsqu'on évolue dans un environnement international, il faut

être endurant. Les raisons pour lesquelles nous en sommes à ce niveau, que ce soit moi ou les autres Africains à des postes de leadership dans des structures internationales, reposent sur le travail que nous avons abattu et qui est reconnu au niveau mondial.

Ba et Mbaye : *Vous dites que vous avez rêvé de faire de la santé depuis votre enfance, mais pendant longtemps c'était dans le cadre d'un pays, le Sénégal. Quand est ce qu'est venu le rêve pour l'Afrique ?*

Fall : Le rêve pour l'Afrique, c'est venu quand j'ai été impliqué dans la lutte contre le paludisme, quand j'ai commencé à voyager en Afrique et à voir ce qui se passait partout, dans les réunions internationales sur le paludisme. J'ai été marqué par le fait que quand on appelait les pays d'Afrique de l'Est par exemple, ce sont les Anglais qui venaient faire les présentations, et c'était la même chose presque partout. Je me suis dit que cela n'était pas possible, qu'il y avait quelque chose qui devait changer. J'ai commencé à faire le tour des pays et à organiser des activités de formation dans le cadre de la lutte contre le paludisme. Je formais déjà les gens au Sénégal quand j'étais dans le comité de pilotage du Programme de lutte contre le paludisme. Je faisais le tour des districts sanitaires pour former les infirmiers, les sages-femmes et les médecins. Pour moi, il était essentiel de former une masse critique d'Africains qui allaient parler pour l'Afrique. Et c'est pour cela que je suis resté plus longtemps que prévu.

La même chose s'est reproduite en Guinée durant l'épidémie d'Ebola. Quand je suis arrivé dans les régions les plus sinistrées, la coordination y était assurée la plupart du temps par des jeunes Européens. Je me suis dit que cela devait nécessairement changer car il fallait que les Africains prennent en charge réellement cette épidémie. J'ai donc refait la même chose cette fois-ci pour la gestion des urgences de santé publique et des épidémies, c'est-à-dire former une masse critique de jeunes professionnels de santé publique très compétents. Par la suite j'ai continué à former beaucoup de gens en Afrique et à les déployer dans le cadre d'une coopération Sud-Sud pour que les Guinéens aillent au Congo, que les Sénégalais de l'Institut Pasteur de Dakar aillent en Angola pour la fièvre jaune, etc. J'ai donc évolué avec cette idée de décoloniser la santé mondiale en ayant une masse critique de capacités africaines aptes à faire le travail. Bien sûr, on n'est pas fermé aux collaborations mais il faut qu'un leadership africain existe. Il faut que les Africains prennent en charge leurs problèmes de santé.

C'est pourquoi mon rêve est de revenir en Afrique, travailler avec les Africains pour bâtir des institutions qui auront leur rôle dans la santé mondiale, que ce soit dans le leadership dans la gestion des politiques et programmes de santé, dans la préparation et la réponse aux épidémies et pandémies, dans le domaine de la recherche, le renforcement des capacités, etc., parce que l'Afrique a un potentiel important, avec sa population jeune. Déjà, en s'appuyant sur les jeunes chercheurs et épidémiologistes que nous avons formés, il y a là un modèle à mettre à l'échelle. Durant la période coloniale, il y a eu beaucoup de choses qui ont été faites en termes d'expérimentation de médicaments sans respecter les normes, sans respecter les droits humains et beaucoup d'autres choses se sont passées également. Ensuite, nous avons vécu un partenariat qui n'était pas juste parce qu'il y a beaucoup d'institutions et de chercheurs qui venaient et ce qui les intéressait, c'était d'avoir des échantillons en Afrique. Après, ils vont faire leurs publications en y associant les Africains qui s'en contentent. Nous devons dépasser ce stade pour revenir sur l'expression « décolonisation de la santé mondiale » qui veut dire que les Africains doivent définir les priorités des recherches, investir dans la recherche, mener leur recherche dans le cadre éventuellement de partenariats éthiques, les publier, les présenter au monde entier, mais surtout améliorer la santé de leur population.

Ba et Mbaye : *Vous avez été chef de la Mission pour l'action d'urgence contre Ébola au Mali et quand vous annonciez à la télévision la fin de l'épidémie Ebola au Mali on a tous eu le sentiment de vivre un moment historique. Qu'est-ce que vous ressentiez à ce moment-là et qu'est-ce qui vous a permis finalement, au bout d'une période assez courte de pouvoir déclarer qu'une épidémie est terminée dans un pays ?*

Fall : À ce moment-là, j'étais clairement animé par un sentiment de fierté, il faut en effet se rappeler du contexte. On était encore au milieu de la grande épidémie quand beaucoup de pays (Guinée, Liberia, Sierra Léone) étaient affectés depuis longtemps et n'arrivaient pas à maîtriser l'épidémie. Au Mali, il était important de démontrer qu'on pouvait contrôler l'épidémie malgré le foyer qu'il y avait dans

la capitale, ne serait-ce que pour redonner confiance aux autres pays. Le contexte était aussi qu'il y a eu beaucoup de politique dans cette affaire parce que quand la Mission des Nations unies pour la lutte contre Ébola (UNIMEER) a été créée, il y a eu beaucoup de problèmes dans les pays, on a parachuté beaucoup de gens des Nations unies, tout a été bouleversé et le Mali a été le seul pays où un représentant de l'OMS, en l'occurrence moi, dirigeait la mission. Il était vital qu'on montre qu'en tant qu'Africain, on pouvait gérer cette épidémie, car il y avait toutes sortes de tentatives de la part de certains pays. Puis, quand ces mêmes pays ont vu que les choses allaient bien, ils ont essayé de positionner leurs ressortissants. Il fallait rester serein et focalisé sur l'objectif, coordonner le travail et mettre en place un dispositif efficace. Pendant six semaines au moins j'ai dormi trois heures par jour, je quittais le bureau vers minuit, je dormais brièvement et j'étais déjà à nouveau fonctionnel. C'était beaucoup de fatigue accumulée et dans la vidéo c'était un soulagement de pouvoir dire que l'épidémie était terminée.

Ba et Mbaye : *Mais quelles ont été les recettes pour venir à bout de cette épidémie d'Ebola au Mali ? Beaucoup de travail ? De la coordination ? De la sérénité ?*

Fall : En fait, j'avais commencé par prendre les devants avant même l'irruption de l'épidémie sur le territoire malien. Nous avons eu l'information sur l'épidémie en Guinée, c'était un samedi du mois de mars 2014. Je revenais de voyage et en descendant de l'avion, j'ai entendu sur Radio France international (RFI) qu'il y a une épidémie d'Ébola en Guinée. J'appelle le bureau régional, ils confirment et le dimanche j'ai eu la première réunion de mon équipe avec celle du ministre de la Santé. Le lundi nous avons eu la première réunion intersectorielle avec une quinzaine de ministres. Donc on a commencé à investir dans la préparation et la coordination. Cette anticipation a été importante mais malgré cela quand il y a eu les premiers cas à Bamako, même le ministère de la Santé a paniqué, il ne voulait plus communiquer de façon transparente les éléments clés. Nous avons été invités à la télévision. Les conseillers du ministère de la Santé n'ont pas voulu dire clairement les choses. J'ai pris la parole, j'ai dit : « Arrêtez de jouer, c'est du sérieux. Nous avons une épidémie d'Ébola dans la capitale. Nous devons vaincre cette épidémie comme à la guerre ou la perdre comme les autres pays ». C'était une émission en direct, le journaliste a voulu que je confirme mes propos, je lui ai dit « Monsieur, je ne joue pas avec les mots, je suis sérieux ». Et le lendemain, c'est le président de la République qui nous a appelés. Il a commencé à écouter, à prendre des décisions, donc à mobiliser le leadership et la population. Cette émission a été cruciale. Si on avait raté cette occasion de dire la vérité, c'en était fini pour le Mali et peut-être pour d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Donc pour moi les éléments clés, c'est la préparation, la coordination efficiente, le sens de la responsabilité, l'engagement communautaire - nous avons travaillé avec tous les groupes possibles au niveau communautaire (les religieux, les femmes, etc.) - et l'engagement politique au plus haut niveau, celui du Président pour certaines décisions.

Ba et Mbaye : *Qu'est-ce que l'Afrique a pu démontrer et capitaliser en matière de lutte contre les épidémies, que ce soit le paludisme, Ébola, le choléra, la Covid aujourd'hui qu'on peut partager avec les autres pays ?*

Fall : L'Afrique a beaucoup appris de l'épidémie d'Ébola en Guinée. L'OMS a fait beaucoup de formations très intenses en épidémiologie de terrain. Aujourd'hui, nous avons des milliers de jeunes chercheurs et des médecins qui ont été formés et qui sont déployés un peu partout en Afrique et même ailleurs Nous avons des jeunes sur le continent américain, les régions méditerranéennes et arabes.

Par ailleurs, en Afrique, nous sommes devenus très bons sur les questions de *contact tracing,* c'est-à-dire d'investigation et de suivi des cas contacts. Quand l'épidémie de la Covid a commencé, les pays européens qui critiquaient tout le temps le travail que les équipes de l'OMS faisaient sur le suivi des contacts dès qu'on descendait à moins de 90%, ont été eux-mêmes dépassé. Après quelques milliers de cas contacts, ils ne pouvaient plus suivre. Au Royaume-Uni par exemple, quand il a fallu suivre 3 000 contacts, leur système a lâché, alors que nous suivions des centaines de milliers de contacts en zone de guerre. C'est pourquoi j'ai dit dans plusieurs interviews accordées aux grands médias, *Le Monde*, *CNN*, etc. que pour tout ce qui est investigation de terrain, épidémiologie de terrain, les meilleurs chercheurs sont aujourd'hui en Afrique parce que tout simplement on a investi dans la formation et la recherche durant toutes ces épidémies.

Ensuite, quand il est question de modèles de réponse aux épidémies, il faut se rappeler que l'Afrique fait face à plus d'une centaine d'épidémies chaque année. Le continent a mis en place des modèles de réponse qui fonctionnent. Les Africains peuvent enseigner au reste du monde des stratégies, des dispositifs et des pratiques innovants sur la manière de se préparer, de répondre aux épidémies et sur les mécanismes de résilience et d'adaptation des communautés face à des situations complexes.

Toutes ces leçons apprises, toutes ces expériences, on les capitalise lors de la survenue de nouvelles urgences en prenant des décisions nouvelles à partir de données probantes. On adapte toujours la réponse par rapport aux nouvelles connaissances. C'est un travail très dynamique.

Si on doit remonter dans le temps, il faut aussi se rappeler que c'est nous qui avons changé la manière dont le rapport mondial sur le paludisme était réalisé. Et c'est un travail que j'ai initié avec mon collègue D[r] Noor du Kenya, qui travaillait à l'époque avec une institution kényane, Kemri (Kenya Medical Research Institute). Nous avons montré qu'on ne peut pas faire des rapports, juste sur la base des cas rapportés. Nous avons fait une étude d'une dizaine d'années sur la réelle endémicité du paludisme en Afrique et le changement de risques, ce qui a montré la situation exacte en Afrique. Nous avons publié cela dans *The Lancet* et c'est à partir de là que le rapport mondial sur le paludisme a été amélioré.

C'est la même chose pour ce qui est de la planification stratégique, nous avons développé des outils qui, finalement, ont été utilisés dans le monde entier. Tout ce qui est fait sur la planification stratégique, la gestion de la performance dans la lutte contre le paludisme l'a été sous ma coordination, avec mon équipe. Je suis sûr qu'il y a d'autres Africains qui ont d'autres expériences. Il faut donc qu'on puisse avoir cette contribution scientifique au plus haut niveau et pouvoir influer sur ce qui se passe.

Ba et Mbaye : *Compte tenu de tout cela, pourquoi est-ce que l'expérience des Africains n'est pas suffisamment valorisée ? Pourquoi l'Afrique a-t-elle du mal à montrer ses atouts dans le domaine médical mais aussi dans le domaine de la santé publique de manière générale ?*

Fall : Il appartient aux Africains de se valoriser, personne ne va venir le faire à leur place. Il s'agit de présenter le travail qu'on a fait et qu'on est en train de faire. Il faut qu'on ait un nombre significatif de personnes qui soient vraiment en mesure de présenter un travail sérieux au niveau mondial. On n'a pas encore ce nombre mais cela avance, il y a beaucoup de choses qui se font, toutefois il nous faut plus d'investissements et nous ne devons pas juste attendre que les partenaires viennent le faire à notre place. Si nous – Africains, nos gouvernements, notre secteur privé – voulons réellement décoloniser la santé mondiale, nous devons investir dans la recherche en santé, dans nos priorités de recherche, dans certaines pathologies qui n'existent nulle part ailleurs. On parle de maladies tropicales négligées, c'est un terme très péjoratif, pourquoi ces maladies sont négligées ? Parce qu'elles n'intéressent pas les partenaires tout simplement, c'est à nous d'investir dans cette recherche, dans la formation des jeunes dans tous les domaines de la santé afin que nos médecins et chercheurs puissent rivaliser avec leurs collègues du monde entier et je pense que c'est ce travail, qui a été initié dans beaucoup de domaines, qu'il faut renforcer et continuer. Je vois avec beaucoup d'espoir les jeunes épidémiologistes qui aujourd'hui s'imposent dans leur domaine. Quand on regarde par exemple le développement des vaccins, les essais cliniques, on a des jeunes chercheurs comme D[r] Alhassane Touré et D[r] Abdourahamane Diallo de Guinée, qui viennent ici à Genève dans des réunions internationales présenter une recherche de qualité, j'en suis fier. Ils sont des *team lead* dans des domaines de pointe, ils ont été dans l'équipe mondiale de recherche sur le vaccin de la Covid après Ébola, ils sont actuellement en Ouganda pour la recherche vaccinale contre la souche Soudan du virus Ébola. Ce sont des exemples concrets pour montrer qu'on peut former nos personnels de santé et nos chercheurs pour atteindre les standards mondiaux. Il y a moins de dix ans, cette expertise n'existait pas, maintenant les Africains sont des références au niveau mondial. Quand émerge une épidémie, ce sont eux qu'on déploie. Cela doit maintenant être mis à l'échelle et ces ressources humaines doivent aussi être valorisées dans leur propre pays. Il y a un concept sur lequel je travaille actuellement avec mon équipe, cela s'appelle *Global Health Emergency Workforce*. Sa composante africaine est essentielle. Il faut que dans chaque pays, on puisse développer des capacités et de l'expertise dans le domaine de la santé. On doit avoir des

équipes qui travaillent ensemble et qui proposent au monde une autre façon de faire les choses dans la lutte contre les épidémies et les urgences, dans les domaines biomédicaux purs, épidémiologique, socio- anthropologique.

Ba et Mbaye : *Et en termes de publications scientifiques, quelle a été la contribution de l'Afrique pour une meilleure connaissance et réponse à ces épidémies ?*

Fall : Pas plus tard que ce matin, j'étais en train de repenser à ce que je faisais avec mon équipe quand j'étais en Afrique, nous avions notre bulletin hebdomadaire sur les épidémies et les urgences de santé. Chaque semaine, nous produisions entre 5 et 7 articles fouillés sur les épidémies et les urgences en cours. En moins de trois ans on a publié plus de 500 articles. Je me demande encore pourquoi on n'a pas décidé de le valoriser comme un bulletin épidémiologique pour l'Afrique ? Je pense qu'il est urgent et important de mettre en place une revue en santé publique parce c'est aussi quelque chose qui manque. C'est tout à fait paradoxal parce qu'aujourd'hui les meilleures publications sur Ébola – dans les revues les plus côtés comme *The Lancet, Science, Nature* ou le *New England Journal* – sont faites par les jeunes chercheurs et épidémiologistes que l'OMS a contribué à former. Ces publications constituent un indicateur capital qui montre que nous ne faisons pas seulement du travail de terrain, nous faisons de la science.

Cette problématique de la publication est sérieuse. Tous les chercheurs avec qui j'ai eu à travailler, je les ai poussés à écrire car tout ce qu'on fait sur le terrain est de haute portée scientifique. J'étais à Marseille il y a un peu plus d'un mois dans une conférence sur la médecine tropicale, le thème général portait sur la surveillance, l'alerte et la riposte aux épidémies. Je suis arrivé en retard et j'écoutais du fond de la salle un expert européen. Il a commencé par présenter des données sur le système de surveillance au Congo au début de l'épidémie d'Ebola et tout ce sur quoi il se fondait et qu'il citait c'était le travail de mes équipes. Tout ! Je pense qu'on peut beaucoup faire à ce niveau. J'ai ce projet avec les collègues d'écrire un manuel d'épidémiologie sur la base de l'expérience africaine parce que c'est une évidence, on doit renouveler l'enseignement dans les universités et les centres de recherche.

Ba et Mbaye : *Vous connaissez la faiblesse des ressources qui seront allouées à la recherche d'une manière générale sur le continent ainsi que notre dépendance à l'égard des programmes internationaux. Quel plaidoyer peut être mené par l'OMS pour que les États s'engagent à faire de la santé une vraie priorité de recherche ?*

Fall : L'OMS fait beaucoup de plaidoyer et propose beaucoup d'outils pour les pays mais il faut que l'engagement politique du pays soit concret et que cela se matérialise par des investissements conséquents dans le domaine de la santé, de la recherche en santé en général. Regardez nos pays, ils n'ont pas besoin d'un organisme qui les conseille pour aller acheter des armes ou pour se protéger. Ils le font spontanément, la sécurité constitue une priorité pour eux. Pourquoi la sécurité sanitaire, la santé de la population n'en est pas une ? Si les pays en font une priorité, les ressources seront investies dans ce secteur et tout le monde a vu que l'impact économique des pandémies et des épidémies est colossal et ça fait reculer un pays sur plusieurs années. Il faut qu'on pense à introduire la sécurité sanitaire dans les politiques de développement, à investir dans la préparation et les réponses aux épidémies et aux pandémies comme un facteur de stabilité économique. La santé ne peut plus être l'affaire du ministère de la Santé, il faut que ce soit multisectoriel comme on dit, *health in all policies*, la santé dans toutes les politiques et la santé dans tous les segments de la société. C'est cela qu'il nous faut aujourd'hui dans nos pays.

Ba et Mbaye : *Est-ce que l'OMS n'a pas échoué à mobiliser, impliquer, conscientiser les acteurs politiques sur l'importance de cette sécurité sanitaire ?*

Fall : Tirant les leçons de la pandémie de Covid-19, nous avons développé un nouveau cadre stratégique : l'architecture mondiale pour la préparation et la réponse aux urgences de santé. Quand on parle de l'architecture mondiale, on dit en anglais, *there is no global without local*. On ne peut pas avoir d'architecture mondiale s'il n'y a pas d'organisation nationale locale solide parce qu'en réalité cela se passe au niveau des pays. Nous travaillons avec les pays pour bâtir des systèmes nationaux solides

même quand il n'y a pas d'épidémie afin d'avoir des outils et des procédures qu'on peut activer quand survient une épidémie. Cela se fait à l'avance. On n'attend pas qu'une épidémie survienne pour décider de qui va coordonner la réponse, par exemple. Cela doit être connu à l'avance et ce sont des équipes qui travaillent et qui se forment ensemble, qui font les simulations ensemble, etc. Donc, comme on le voit dans l'armée, on ne va pas attendre qu'une guerre éclate pour décider qui va faire quoi ? Les procédures et la coordination des opérations sont claires. C'est ce qui manque encore dans le domaine de la santé. Le leadership aussi doit être national d'abord. C'est important que tous les partenaires, y compris l'OMS, viennent pour appuyer les nationaux. Et quand il y a une alerte, c'est le pays d'abord qui fait ses investigations et qui essaie de répondre au premier niveau, donc il est important d'avoir des travailleurs en première ligne capables de détecter, d'alerter, d'investiguer, et d'initier la réponse. Nous avons besoin de ces capacités au niveau de tous les pays d'abord. Maintenant, quand il y a un besoin d'appui international, c'est là où les organismes peuvent apporter un plus, mais ça ne doit pas être l'inverse.

Il y a malheureusement beaucoup d'instabilité politique dans les pays africains, les gouvernements viennent et passent, on recommence tout le temps. Si vous retournez sur la Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires de 1978, l'engagement communautaire, les aspects socio-anthropologiques, tout était déjà dans ce document, mais en réalité, il serait important de revoir ce qui a été mis en œuvre. En 1996 au Sénégal, j'avais présenté un mémoire sur la participation communautaire et d'approche multisectorielle dans la lutte contre le paludisme à Podor. Il y a des choses qui ont été faites, mais comment systématiser ces approches ? L'OMS peut produire tous les documents possibles, mais il faut qu'on ait le leadership nécessaire au niveau des pays pour entreprendre des actions, pour s'engager dans des stratégies concrètes qui nous permettent d'introduire le volet santé dans toutes les politiques. Au niveau politique, il faut que les pays africains soient plus actifs dans les discussions qui se passent au niveau mondial comme, par exemple, à l'Assemblée mondiale de la santé ou, lors de certaines concertations, pour que la voix de l'Afrique soit entendue.

***Ba et Mbaye :** Lors de la survenue de la Covid-19, on a tous entendu les projections négatives sur le sort du continent. Comment est-ce qu'en tant qu'Africain, vous avez ressenti cela au sein de l'OMS ?*

Fall : Je viens d'en parler tout de suite en conférence de presse parce qu'il y avait une question sur les projections d'Ébola en Ouganda et j'en ai profité pour rappeler les projections qui ont été faites sur l'Afrique avec la Covid. L'épidémiologie est une science complexe. Il ne s'agit pas d'un modèle mathématique seulement, sinon, tous les mathématiciens seraient des épidémiologistes. Bien entendu, il y a de la biostatistique dans l'épidémiologie, mais les sciences sociales, la socio-anthropologie, c'est crucial ! On ne peut pas mettre cela dans les modèles, on ne peut pas anticiper sur les comportements des populations, pratiquement chaque village est unique, chaque épidémie est unique ; dans une épidémie, on peut avoir plusieurs épidémies. C'est la capacité à allier science biomédicale, science socio-anthropologique et interventions de terrain pour prendre des décisions, c'est tout cet ensemble qui fait l'épidémiologie de terrain. Donc on ne peut pas s'asseoir dans un bureau et faire des prédictions.

On peut bien entendu faire des prédictions pour la planification, afin de voir quel est le meilleur scenario possible et le pire scenario possible, mais ce n'est certainement pas pour aller dire aux gens « Vous allez avoir des milliers, des millions de morts ». La preuve ? Même après, quand nous avons évalué l'excès de mortalité liée à la pandémie, ce sont les autres continents qui étaient plus touchés que l'Afrique parce que beaucoup d'autres facteurs interviennent, il y a l'âge de la population, des expositions antérieures à des infections à coronavirus et tout un tas d'autres facteurs.

***Ba et Mbaye :** Est-ce que ces prédictions qui ne se sont pas avérées ont changé quelque chose aux discours sur l'Afrique ? Est-ce qu'on prend plus de précautions ?*

Fall : Cela ne va rien changer parce que ce sont les mêmes qui sont dans des universités et *think tanks* en Occident à écrire de beaux articles et qui n'ont jamais contribué à arrêter une seule épidémie, ils vont continuer à écrire. Il y a trop d'épidémiologistes de salon qui sont assis quelque part dans un

bureau et qui font des projections et tout le monde est devenu expert en Global Health. C'est ça le problème. Est-ce qu'ils ont été réellement engagés dans une épidémie ? Ils n'ont jamais fait ça. Si on ne l'a jamais fait, on ne peut pas être expert en cette matière et dire ce qu'il faut faire.

Ba et Mbaye : *La Covid-19 a révélé là aussi notre dépendance vaccinale. Quid du défi pharmaceutique ?*

Fall : C'est un défi important pour la production de vaccins ou de médicaments, il faut que l'Afrique se positionne. Je vois que ça commence à bouger dans certains pays comme le Sénégal avec l'Institut Pasteur, le Rwanda, l'Afrique du Sud et d'autres pays. Il faut que le continent se positionne dans la production de vaccins sur les pathologies qui prédominent en Afrique, mais aussi pour d'autres risques au niveau mondial, telles que les pandémies. Il n'y a pas de raison aujourd'hui que les pays africains ne puissent pas produire des médicaments. Mais bien entendu, il est important qu'on ait le système de régulation et de contrôle de la qualité et tout ce qui va avec. Dans ce domaine, l'Afrique a son mot à dire et a un rôle important à jouer dans le futur.

Decolonizing Global Health

Ibrahima Socé Fall
WHO Deputy Director-General in charge of Emergency Response
United Nations Under-Secretary General
socef@who.int

Questioned by

Mame-Penda Ba
Professor of Political Science, Gaston Berger University, Senegal
Director of LASPAD and Editor-in-Chief of *Global Africa*
mame-penda.ba@ugb.edu.sn

El Hadj Mbaye
Senior lecturer of Political Science, Gaston Berger University, Senegal
elhadjimbaye@gmail.com

How to cite this paper:
Fall I. S., (2022). Decolonizing Global Health. *Global Africa*, *(2)*, pp. 131-137.
https://doi.org/10.57832/y1wp-qz78

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

Ba and Mbaye: *Thank you, Dr Fall, for accepting this interview. The first question is about your career trajectory: how does one become Assistant Director-General of the World Health Organisation (WHO) when one's name is Ibrahima Socé Fall?*

Fall: Oh, that's a complex question because my trajectory is not linear. I knew very early on that I wanted to be a medical doctor and that there were no other options for me. As a child, I had an allergic condition and I would go to the doctor's office regularly. Two doctors particularly impressed me in Rufisque where I grew up, Dr Lamine Dieng and Dr Cheikh Dieng. I had the greatest admiration and respect for them. They symbolised knowledge, culture, charisma and the most noble and socially useful profession for me.

At a time when the best students were in public schools, I was lucky to have excellent teachers, both in primary and secondary schools, that gave me the desire and motivation to become a doctor of medicine. I had excellent teachers in biology and natural sciences. And when I passed the Baccalaureate exam which gives access to higher education - at that time you had to fill in guidance sheet to choose the field of study to follow - I had to choose three fields of study in order of preference: I chose medical studies for all three options. I didn't even want to consider the possibility of doing anything else. In fact, in my final high school year, at the same time as I passed the Baccalaureate, I took and passed the entrance exam for the Military School of Health (École militaire de santé) where I was trained.

At first, I didn't go into public health, I wanted to do internal medicine, which I was very passionate about, but I didn't really fit into the bureaucratic culture in internal medicine departments. So

I switched to surgery. I started to do surgery at the Hôpital Principal in Dakar where I was always in the operating room with senior doctors such as D[r] Gorgui Diaw, who taught me the rudiments of surgery, which helped me a lot later on when I was in the field. And when I finished my medical studies in 1992, the conflict in the region of Casamance was in full swing and I was sent there for two years to support the troops. After that mission, I was sent to Marseille for training in tropical medicine and epidemiology at the Institute of Tropical Medicine of the Army Health Service (IMTSSA), a school that had preserved all the heritage of the French army's tropical medicine. This was in 1994-1995. It was there that I began to study in depth the epidemiology of infectious diseases and the fight against emerging and re-emerging diseases. Despite this, when I returned to Senegal, I still had in mind to continue with surgery but the army had already seconded me to the Ministry of Health and I was sent to Podor to work with the Great Endemics' Service and also to be in charge of the health district. It was during this period that I started to spend a lot of time in the villages, and I realised that medicine was very vast and that there were many things to do. That's when I put surgery aside and decided to go into public health permanently. I then had the opportunity to participate in a WHO international course on malaria control in Cameroon. I left Podor in rather complicated circumstances and when I arrived, it was already the end of the first module on epidemiology. The exam was to be done two days later. When we took the tests, I had the best mark in epidemiology. People were asking "how is that possible?" but in fact I had already done epidemiology in Marseille, and I already had field experience in Podor. At the end of the course, I had the best results and the WHO team started to follow me and then progressively asked me to do missions from 1998-1999. At that time there was the African Malaria Initiative. And when the Roll Back Malaria programme was launched in 1998, they had to find experts to go and conduct situation analyses in different countries and prepare strategic plans etc. I was co-opted to be part of the group of experts that started Roll Back Malaria. I was the youngest in the group. To me, the missions were really moments of discovery and learning in the field. While doing that, of course, I continued to work in Senegal. After Podor, I came to Diamniadio to open the Elisabeth Diouf Hospital before I started teaching public health at the university level.

When WHO offered me a job, I really didn't want to leave and I stayed two weeks without answering the message I received. I was an assistant professor at the public health department at Cheikh Anta Diop University (UCAD) and I didn't want to leave for a long period of time. I applied for a one-year leave of absence, but the Faculty Council was slow to decide. At one point, I said to myself, "Why not try?" I knew I had a lot to learn there. I resigned and finally left, I wanted to stay for one or two years but I was so committed that it took me longer.

Throughout my career at WHO, I have remained focused on professionalism and science to get ahead. Being professional, always looking for solid knowledge and real experience in the field. It is with this conviction that I have evolved at WHO, without any particular support except that of my wife and children, relying only on my own efforts and the confidence I had in myself because it is important. Confidence is part of my C-list. I have a long list of Cs to develop not only in international bodies but also everywhere really. The first "C" is the search for competence from knowledge. It is clear that we have to make a difference between knowledge and information because often we have access to information, but not to knowledge, and it is mainly knowledge that we can mobilise to make good decisions. The second C is courage. Without courage, we cannot progress in this system or in life in general. Courage to go beyond one's own limits, but also the courage to say no when it is no, to say yes when it is yes, and the courage to acknowledge one's mistakes. The last C is to work with a lot of compassion and justice, to work with the heart, because it is with the heart that you can really go beyond some limits. It has not been easy because when working in an international environment, you have to be tough. The reasons why we are at this level, whether it is me or other Africans who are in leadership positions in international structures, is because of the work we have done that is recognised at the global level.

Ba and Mbaye: *You say that you have dreamed of working in the health sector since you were young, but for a long time it was in the context of one country, Senegal. When did you start dreaming to work for Africa?*

Fall: The dream for Africa came when I was involved in the fight against malaria, when I started travelling in Africa and seeing what was going on everywhere, in international meetings on malaria. I was struck by the fact that when we called the East African countries, for example, it was the English specialists who came to make the presentations, and it was the same almost everywhere. I said to myself no, this is not possible, something has to change. I started to go around the countries to organise training activities in the fight against malaria. I was already training people in Senegal when I was on the steering committee of the Malaria Control Programme. I used to go around the health districts to train nurses, midwives and doctors. For me, it was essential to train a critical mass of Africans who would speak for Africa. And that's why I stayed longer than I expected.

The same thing happened in Guinea during the Ebola epidemic. When I arrived in the worst affected areas, most of the coordination was done by young Europeans. I said to myself that this had to change because Africans had to really take charge of this epidemic. So I did the same thing again, this time for Public Health Emergency and Epidemic management, i.e. training a critical mass of young, very competent public health professionals. Afterwards, I continued to train many people in Africa and to deploy them within the framework of South-South cooperation so that the Guineans could go to the Congo, the Senegalese from the Pasteur Institute in Dakar could go to Angola for yellow fever, etc. So I have evolved with this idea of decolonizing global health by having a significant of African capacity to perform the work. Of course, we are not opposed to collaborations, but there must be African leadership. Africans must take charge of their own health problems.

That's why my dream is to come back to Africa, to work with Africans to build institutions that will have their role in global health, whether it's in leadership in the management of health policies and programmes, in the preparation and response to epidemics and pandemics, in the field of research, capacity building, etc., because I find that Africa has a great potential, with its young population. Already, by relying on the young researchers and epidemiologists that we have trained, there is a model to scale up. During the colonial period, a lot of things were done in terms of pharmaceutical testing without respecting norms, human rights, and many other things also happened. Then we experienced a partnership that was not fair because there were many institutions and researchers who came and whose only interest was to collect samples in Africa. Afterwards, they would go and make their publications by associating the Africans who are satisfied with that. We have to go beyond this stage and come back to the expression "decolonization of global health", which means that Africans have to define research priorities, invest in research, carry out their research within the framework of ethical partnerships, publish it, present it to the whole world, but above all improve the health of their population.

Ba and Mbaye: *You were the head of the Ebola Emergency Response Mission in Mali and when you announced on television that the Ebola epidemic in Mali was over, we all had the feeling that we were living a historic moment. What did you feel at that moment and what finally allowed you, after a fairly short period of time, to be able to declare that an epidemic is considered over in a country?*

Fall: At that time, I was clearly driven by a sense of pride, because you have to remember the context. We were still in the middle of the great epidemic when many countries (Guinea, Liberia, Sierra Leone) had been affected for a long time and had not managed to control it. In Mali, it was important to demonstrate that the epidemic could be controlled despite the outbreak in the capital, be it only to restore confidence in other countries. The context was also that there was a lot of politics involved because when the United Nations Mission for Ebola Relief (UNIMEER) was set up, there were a lot of problems in the countries, a lot of people from the UN were parachuted in, everything was turned upside down and Mali was the only country where a WHO representative - in this case me - was leading the mission. It was vital that we showed that as Africans we could manage this epidemic, because there were all sorts of attempts by some countries. Then when these same countries saw that things were going well, they tried to position their nationals. We had to remain calm and focused on the objective, coordinate the work and put in place an effective system. For six weeks at least I slept three hours a day, I left the office around midnight, slept three hours and was already functional to work again. It was a lot of accumulated fatigue and in the video it was a relief to be able to say that the epidemic is over.

Ba and Mbaye: *But what were the recipes for overcoming this Ebola epidemic in Mali? A lot of work? Coordination? Serenity?*

Fall: In fact, I started by taking the lead even before the epidemic broke out in Mali. We got the information about the epidemic in Guinea on a Saturday in March 2014. I was returning from a trip and when I got off the plane, I heard on Radio France International (RFI) that there was an Ebola epidemic in Guinea. I called the regional office, they confirmed it and on Sunday I had the first meeting of my team with that of the Minister of Health. On Monday we had the first inter-sectoral meeting with about fifteen ministers. So we started to invest in preparation and coordination. This anticipation was important, but despite this, when the first cases occurred in Bamako, even the Ministry of Health panicked; they no longer wanted to communicate the key elements in a transparent way. We were invited on television. The advisers of the Ministry of Health did not want to be clear about what was going on. I rose and said: "Stop playing, this is serious. We have an Ebola outbreak in the capital. We have to defeat this epidemic as if we were in war or lose it like other countries ". It was a live broadcast, the journalist wanted me to confirm my words, I told him "Sir, I am not playing with words, I am serious". And the next day, it was the President of the Republic who called us. He started to listen, to take decisions, and therefore to mobilise the leadership and the population. This programme was crucial. If we had missed this opportunity to tell the truth, it would have been the end of Mali and perhaps of other countries in West Africa. So to me the key elements are preparation, efficient coordination, a sense of responsibility, community involvement - we worked with all possible groups at the community level (religious, women etc.) - and political involvement at the highest level, that of the President for certain decisions..

Ba and Mbaye: *What has Africa been able to demonstrate and capitalise on in the fight against epidemics, be it malaria, Ebola, cholera, Covid today; that we can share with other countries?*

Fall: Africa has learned a lot from the Ebola outbreak in Guinea. The WHO has done a lot of very intensive training in field epidemiology. Today, we have thousands of young researchers and doctors who have been trained and who are deployed all over Africa and even elsewhere. We have young people on the American continent, in the Mediterranean and Arab regions.

Furthermore, in Africa, we have become very good at contact tracing, i.e. the investigation and follow-up of contact cases. When the Covid epidemic started, the European countries that were always criticising the work that the WHO teams were doing on contact tracing as soon as it got below 90%, were themselves overwhelmed. After a few thousand contact cases, they could no longer keep up. In the UK, for example, when they had to track 3,000 contacts, their system broke down, whereas we were tracking hundreds of thousands of contacts in the war zone. This is why I said in several interviews with the major media such as Le Monde, CNN, etc., that for everything that concerns field investigation, field epidemiology, the best are today in Africa because we have simply invested in training and research during all these epidemics.

Secondly, when it comes to epidemic response models, it is important to remember that Africa faces more than a hundred epidemics every year. The continent has response models in place that work. Africans can teach the rest of the world innovative strategies, devices and practices on how to prepare for and respond to epidemics and how communities can be resilient and adapt to complex situations.

All these lessons learned, all these experiences, are capitalised on when new emergencies occur by making new decisions based on evidence. We always adapt the response to the new knowledge we have. It's a very dynamic job.

If we have to go back in time, we should also remember that it was us who changed the way the global malaria report was done. And this was a work that I initiated with my colleague Dr Noor from Kenya who was working at the time with a Kenyan institution, Kemri (Kenya Medical Research Institute). We showed that you can't make reports just on the basis of reported cases. We did a ten-year study on the real endemicity of malaria in Africa and the changing risks, which showed the exact situation in Africa. We published this in *The Lancet* and from that the global malaria report was improved.It's the same thing with strategic planning, we developed tools that were eventually used all over the world.

Everything that is done on strategic planning, performance management in the fight against malaria has been done under my coordination, with my team. I am sure that there are other Africans who have other experiences. So we need to have this scientific contribution at the highest level and be able to influence what happens.

Ba and Mbaye: *Given all this, why is the experience of Africans not sufficiently valued? Why does Africa find it difficult to show its strengths in the medical field but also in the field of public health in general?*

Fall: It is up to Africans to promote themselves, no one is going to do it for them. It is a question of presenting the work that we have done and that we are doing. We need to have a significant number of people who are really able to present serious work at world level. We don't have that number yet, but it's progressing, there's a lot of things being done, but we need more investment and we shouldn't just wait for the partners to come and do it for us. If we - Africans, our governments, our private sector - really want to decolonise health, we need to invest in health research, in our research priorities, in certain diseases that don't exist anywhere else. We talk about neglected tropical diseases, that's a very pejorative term, why are these diseases neglected? It is up to us to invest in this research, in the training of young people in all areas of health so that our doctors and researchers can compete with their colleagues around the world. I think that it is this work, which has been initiated in many areas, that must be reinforced and continued. I see with great hope the young epidemiologists who are now making their mark in their field. When we look at the development of vaccines and clinical trials, for example, we have young researchers like D[r] Alhassane Touré and D[r] Abdourahamane Diallo from Guinea, who come here to Geneva to present quality research. They are team leaders in cutting-edge fields, they were part of the global research team on the Covid vaccine after Ebola, and they are currently in Uganda for vaccine research against the Sudan strain of the Ebola virus. These are concrete examples of how we can train our health workers and researchers to meet global standards. Less than ten years ago, this expertise did not exist, but now Africans are references at world level. When an epidemic emerges, they are the ones who are deployed. This must now be scaled up and these human resources must also be developed in their own countries. There is a concept that I am currently working on with my team called the Global Health Emergency Workforce. Its African component is essential. In each country, we must be able to develop capacities and expertise in the field of health. We must have teams that work together and propose to the world another way of doing things in the fight against epidemics and emergencies, in the purely biomedical, epidemiological and socio-anthropological fields.

Ba and Mbaye: *And in terms of scientific publications, what has been Africa's contribution to a better understanding of and response to these epidemics?*

Fall: This morning, I was thinking about what I used to do with my team when I was in Africa, we had our weekly newsletter on epidemics and health emergencies. Each week we produced between five and seven in-depth articles on current epidemics and emergencies. In less than three years we have published over 500 articles. I still wonder why we haven't decided to value it as an epidemiological bulletin for Africa. I think it is urgent and important to set up a public health journal because this is also something that is missing. It is quite paradoxical because today the best publications on Ebola - in the most respected journals such as *The Lancet, Science, Nature* or the *New England Journal* - are made by the young researchers and epidemiologists that WHO has helped to train. These publications are a key indicator that we are not just doing field work, we are doing science.This issue regarding publication is serious. I have pushed all the researchers I have worked with to write because everything we do in the field is of high scientific importance. I was in Marseille a month or so ago at a conference on tropical medicine, the general theme was on surveillance, warning and response to epidemics. I arrived late and was listening from the back of the room to an European expert. He started by presenting data on the surveillance system in Congo at the beginning of the Ebola epidemic and all he was presenting and quoting was the work of my teams. Everything! I think we can do a lot at this level. I have this project with colleagues to write a textbook on epidemiology based on the African experience because it is obvious that we need to renew teaching in universities and research centres.

***Ba and Mbaye:** You are aware of the limited resources that are allocated to research in general on the continent and our dependence on international programmes. What advocacy can the WHO do to get governments to commit to making health a real research priority?*

Fall: The WHO does a lot of advocacy and proposes a lot of tools for countries, but the country's political commitment must be concrete and this must be materialised by substantial investments in the field of health and health research in general. Look at our countries, they don't need an organisation that advises them to buy weapons or to protect themselves. They do it spontaneously, security is a priority for them. Why is health security, the health of the population not a priority? If countries make it a priority, resources will be invested in this sector and everyone has seen that the economic impact of pandemics and epidemics is colossal and it sets a country back over several years. We need to think about introducing health security into development policies, investing in preparedness and responses to epidemics and pandemics as a factor of economic stability. Health can no longer be the business of the Ministry of Health, it must be multi-sectoral as we say, " Health in all policies " and health in all segments of society. This is what we need in our countries today.

***Ba and Mbaye:** Hasn't WHO failed to mobilise, involve and make political actors aware of the importance of health security?*

Fall: Drawing on the lessons of the Covid-19 pandemic, we have developed a new strategic framework: the global architecture for health emergency preparedness and response. When we talk about the global architecture, we say, there is no global without local. You can't have a global architecture if there is no strong local national organisation because in reality it happens at the country level. We work with countries to build strong national systems even when there is no epidemic, so that we have tools and procedures that can be activated when an epidemic occurs. This is done in advance. You don't wait for an epidemic to happen to decide who is going to coordinate the response, for example. This has to be known in advance and you must have teams that work and train together, that conduct simulations together, and so on. So, as we see in the army, we are not going to wait for a war to break out to decide who is doing what? The procedures and coordination of operations are clear. This is what is still lacking in the health sector. Leadership must also be national first. It is important that all partners, including the WHO, come to support the nationals. And when there is an alert, it is the country that first investigates and tries to respond at the first level, so it is important to have frontline workers capable of detecting, warning, investigating, and initiating the response. We need these capacities in all countries first. Now, when there is a need for international support, that's where organisations can help, but it shouldn't be the other way around.

There is unfortunately a lot of political instability in African countries, governments come and go, we restart all the time. If you go back to the Alma Ata Declaration on Primary Health Care of 1978, community involvement, socio-anthropological aspects, everything was already in that document, but in reality, it would be important to review what has been implemented. In 1996 in Senegal, I presented a thesis on community participation and the multi-sectoral approach in the fight against malaria in Podor. There are things that have been done, but how can these approaches be systematised? The WHO can produce all the documents possible, but we need to have the necessary leadership at the country level to undertake actions, to engage in concrete strategies that allow us to introduce the health component into all policies. At the political level, African countries need to be more active in the discussions that take place at the global level, for example at the World Health Assembly or during certain consultations, so that Africa's voice could be heard.

***Ba and Mbaye:** At the outbreak of Covid-19, we all heard the negative projections about the fate of the continent. How did you, as an African, feel about this within the WHO?*

Fall: I just spoke about this in the press conference because there was a question about Ebola projections in Uganda and I took the opportunity to recall the projections that were made for Africa with Covid. Epidemiology is a complex science. It is not just a mathematical model, otherwise all mathematicians would be epidemiologists. Of course, there is biostatistics in epidemiology, but the social sciences, socio-anthropology, are crucial! one can't put that into models; one can't anticipate the behaviour

of populations; almost every village is unique; every epidemic is unique. In an epidemic, one can have several epidemics. It's the ability to combine biomedical science, socio-anthropology and field interventions to make decisions. It's all this that makes up field epidemiology. So you can't sit in an office and make predictions. Of course, you can make predictions for planning purposes, to see what the best possible scenario is and what the worst possible scenario is, but one cannot go and tell people "You're going to have thousands, millions of death cases". The proof of this? Even afterwards, when we assessed the excess mortality from the pandemic, it was the other continents that were more affected than Africa because there are a lot of other factors that come into play, there's the age of the population, there's previous exposure to coronavirus infections and a whole bunch of other factors.

Ba and Mbaye: *Did these predictions that did not come true change anything about the discourse on Africa? Do they take more precautions?*

Fall: It's not going to change anything because they are the same people who are in universities and think tanks in the West writing nice articles and who have never helped stop a single epidemic. They're going to keep writing. There are too many armchair epidemiologists who sit in an office somewhere and make projections, and everybody has become an expert in Global Health. That's the problem. Have they actually been involved in an epidemic? They never did. If you've never done it, you can't be an expert on it and tell people what to do.

Ba and Mbaye: *Covid-19 has also revealed our vaccine dependency. What about the pharmaceutical challenge?*

Fall: It's an important challenge for the production of vaccines or medicines, and Africa must position itself. I see that things are starting to move in certain countries such as Senegal with the Pasteur Institute and in Rwanda, South Africa and other countries. The continent must position itself in the production of vaccines for the diseases that predominate in Africa, but also for other risks at the global level, such as pandemics. There is no reason today why African countries cannot produce medicines. But of course, it is important that we have a system of regulation and quality control and everything that goes with it. In this area, Africa has a say and an important role to play in the future.

Le CERFIG, une recherche africaine en santé d'excellence

Abdoulaye Touré
Directeur général de l'Institut National de Santé Publique (INSP) de la République de Guinée
Professeur agrégé en santé publique à l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry (UGANC)
Directeur du Centre de recherche et de formation en infectiologie de Guinée (Cerfig)
abdoulaye.toure@cerfig.org

Interrogé par

Mame-Penda Ba
Professeure de sciences politiques, Université Gaston Berger, Sénégal
Directrice du LASPAD et rédactrice en chef de *Global Africa*
mame-penda.ba@ugb.edu.sn

Noémi Tousignant
Anthropologue et historienne des sciences et de la santé publique
DEST, Faculté des mathématiques et des sciences physiques, London's Global University, Royaume-Uni
n.tousignant@ucl.ac.uk

How to cite this paper:
Touré A., (2022). Le CERFIG, une recherche africaine en santé d'excellence.
Global Africa, *(2)*, pp. 138-142.
https://doi.org/10.57832/jhq5-d054

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

Tousignant & Ba : *Pr Touré, merci vivement d'avoir accepté cet échange. Pour commencer, peut-être pourriez-vous vous présenter brièvement aux lecteurs de Global Africa, puis expliquer ce qui fait la spécificité de votre parcours en tant que chercheur en santé publique ?*

Abdoulaye Touré : Je suis pharmacien de formation et professeur agrégé de santé publique à l'université Gamal Abdel Nasser de Conakry (UGANC). Je dirige actuellement le Centre de recherche et de formation en infectiologie de Guinée (CERFIG) et j'ai été pendant quatre ans directeur général de l'Institut national de santé publique de Guinée. Je fais de la recherche, mais parallèlement aussi de l'action de santé publique. Cela veut dire que je vise à ce que les résultats de la recherche contribuent à des prises de décisions plus éclairées, ce qui n'est pas du tout évident.

Après avoir soutenu ma thèse de pharmacie à l'UGANC, j'ai travaillé près de deux ans dans les cliniques privées, puis je suis parti faire ma spécialisation en santé publique (master et thèse) à l'université de Lyon. À mon retour en Guinée en 2013, j'ai travaillé sur le VIH en montant les premiers laboratoires de biologie moléculaire pour faciliter l'accès à la charge virale avec l'organisation non gouvernementale (ONG) Solthis, agissant en appui au ministère de la Santé. Ensuite, l'épidémie Ébola est arrivée et j'ai participé à la lutte par le biais de la recherche. Mon équipe a travaillé sur le suivi de survivants à Ébola, nous avons décrit de façon précise les séquelles cliniques à long terme qui n'étaient pas connues, démontré la persistance du virus. Jusqu'à nos travaux, on considérait que les hommes devaient mettre le préservatif trois mois après leur guérison. On a démontré qu'après plus d'un an, le virus Ébola était encore présent dans les fluides corporels. Ce sont les résultats de nos productions scientifiques qui ont orienté tout le monde, y compris

l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui nous a invité à participer à des groupes thématiques. L'Organisation ouest africaine de la santé (OOAS) ou l'Africa Center for Disease Control (Afrique CDC) nous sollicitent également, ainsi que d'autres chercheurs qui contribuent à l'élaboration des documents ou participent à des groupes techniques de réflexion. Donc, c'était une très belle aventure parce qu'à travers ce projet, on a bousculé les limites des connaissances médicales sur Ébola. Ce sont jusqu'à présent des références incontournables pour la connaissance du virus.

T&B : *Quels sont, pour vous, à partir de cette expérience d'Ébola et de la Covid, les défis de la santé publique en Afrique, en particulier ceux qui ne sont pas pris en compte dans les politiques publiques ?*

Pr Touré : Pour moi, ce qui est prioritaire, c'est le financement de la recherche en santé. Et c'est un défi énorme en Afrique, parce qu'il n'y a pas de mécanisme endogène de financement dans nos pays quel que soit le domaine, qu'il s'agisse d'agriculture, d'élevage, d'environnement ou de sciences sociales. Pour les recherches qui se font en Afrique, très souvent le financement vient d'ailleurs, parfois avec un agenda prédéfini, parce qu'orienté sur des priorités ou des objectifs qui ne coïncident pas toujours avec les enjeux locaux. Donc pour moi, le premier défi consiste à financer la recherche.

Le deuxième défi est celui des infrastructures et des ressources humaines pour faire de la recherche. Globalement, elles font défaut sur le continent. La preuve est que, même pendant la Covid, qui a secoué le monde entier, il n'y a quasiment pas eu de production d'intrants en Afrique. Or, certains pays auraient pu très rapidement produire des tests et des vaccins s'il y avait eu des ressources humaines de qualité, des infrastructures de recherche, et cela aurait atténué l'impact de la pandémie sur le continent.

Un troisième problème réside dans l'absence de mécanisme de communication entre le monde politique et les chercheurs. En général, le milieu politique n'écoute les scientifiques que lorsqu'il y a le feu ; c'est donc souvent quand il y a des épidémies que les politiques essaient de se rapprocher un peu des chercheurs. Le défi majeur consiste donc à savoir comment, au quotidien, prendre des décisions sur la base des évidences. Cette collaboration a été amorcée durant la pandémie. Dans de nombreux pays en Afrique, des conseils scientifiques ont été créés. Peut-être l'un des défis actuels serait-il de vraiment faire vivre ces conseils scientifiques, les élargir à d'autres domaines pour que ces instances aient comme interlocuteurs – comme ça a été le cas pendant la première année de lutte contre la Covid– les autorités au plus haut niveau. J'ai eu la chance d'être dans le conseil scientifique en Guinée, et je sais qu'en étant à l'intérieur d'une telle structure, on peut faire en sorte que les décisions soient basées sur les évidences et c'est ce qui a été fait. À présent que l'épidémie s'estompe, on entend déjà moins parler de ces conseils alors qu'ils ont été la seule véritable intersection entre les hommes politiques et les chercheurs en Afrique pendant les moments difficiles de la lutte contre la Covid. Enfin, il faut aussi envisager de donner aux chercheurs certaines positions de décision ; je le constate par exemple en Côte d'Ivoire, où très souvent les coordonnateurs des programmes verticaux sont des professeurs, cela permet d'intégrer la science à l'action en santé publique. D'un côté, les chercheurs doivent comprendre que c'est en étant à l'intérieur de ces instances qu'on peut transformer le système et, de l'autre, le politique doit savoir que le chercheur est un conseiller irremplaçable à certains postes.

T&B : *Vous précisez bien que nos États n'ont pas d'instruments financiers pour booster la recherche, mais alors qui finance ces projets de recherches que vous menez, dont les résultats ont été publiés dans les plus grandes revues, Lancet, Nature, Science ?*

Pr Touré : On ne va pas tourner en rond, c'est la France. Nos projets de recherche sont en grande partie financés par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), par l'Agence nationale de la recherche sur le sida (ANRS) – qui est devenue l'ANRS-MIE (Maladies infectieuses émergentes) – par l'Institut de recherche pour le développement (IRD) et par Montpellier Université d'Excellence (MUSE). Ces quatre institutions françaises restent notre principale source de financement. Ce financement passe par la collaboration avec des chercheurs de ces institutions, avec qui nous coécrivons des projets. Les collaborations se diversifient néanmoins : actuellement, nous avons un projet avec l'université d'Ottawa – financé par le Centre de recherche pour le développement international (CRDI) du Canada –, avec l'université de Genève et avec des équipes allemandes. Dans tous les cas, quel que soit le partenaire, nous discutons sérieusement en amont pour nous accorder sur ce qu'il faut faire avec une vision claire et avancer si cela convient à tout le monde.

T&B : Est-ce que vous pouvez revenir sur le projet du CERFIG ? Quelles étaient les ambitions au départ et cela faisait-il partie de vos objectifs de créer un cadre institutionnel dans lequel vous pourriez diriger et avoir plus de poids sur la conception des projets et des partenariats de recherche ?

Pr Touré : Le CERFIG est né de l'épidémie Ébola de 2014-2016, la plus importante de l'histoire de la Guinée. Le monde entier était au chevet du pays. L'un des éléments les plus frappants était qu'il n'y avait pas d'infrastructures pour héberger les projets de recherche sur l'épidémie. Ceux-ci ont donc été développés dans des équipements mobiles et des locaux loués pour la circonstance. Ce constat nous a conduit à penser qu'il fallait créer un cadre institutionnel pour que les infrastructures restent au service de la recherche après l'épidémie. Avec le professeur Éric Delaporte accompagné d'Alice Desclaux, Bernard Taverne, Jean-François Etard, Philippe Msellati et d'autres, nous avons bénéficié de l'appui financier de la *Task Force* France contre Ébola et finalement le centre a été rapidement construit et équipé dans une période d'urgence. C'est aujourd'hui l'un des centres qui compte dans le domaine de l'infectiologie, comme en attestent le nombre et la qualité de ses publications, sa participation au diagnostic des maladies à potentiel épidémique (Ébola, Covid…). Nous avons également pour vocation la formation. Beaucoup de diplômes ont été créés, des masters, des thèses, ainsi que l'accueil de chercheurs étrangers en mobilité.

T&B : Dans ce cas-ci, était-ce le contexte d'urgence qui vous a permis d'avoir un peu plus d'autonomie pour diriger les recherches vers des questions particulièrement pertinentes ou y a-t-il un contexte institutionnel émergent qui vous permet de peser beaucoup plus dans l'étape de la formulation des projets ?

Pr Touré : Nous avons la chance que le noyau du CERFIG soit constitué de jeunes chercheurs qui ont fait une partie de leur formation dans les mêmes universités en Europe. Donc, issus du Nord ou du Sud, nous sommes tous moulés de la même façon, ce qui facilite les échanges avec nos collaborateurs, la co-construction et la co-écriture des projets.

J'ai vu changer la nature des collaborations, parce qu'une masse critique de jeunes chercheurs est en train de se former ici : il s'agit de personnes pour lesquelles la recherche est plus ou moins démystifiée, car les mêmes outils et la même expertise du Nord sont en train d'être développés en Afrique. Cela change fondamentalement les relations. Je pense qu'il y a un changement générationnel et ce changement a un impact sur la nature même de la collaboration entre les équipes Nord-Sud ou Sud-Sud. On est encore très loin de relations équilibrées du fait d'un retard du Sud quasiment à tous les niveaux, mais on observe néanmoins une génération qui arrive, qui est plus exigeante, qui demande plus à collaborer qu'à recevoir. Prenons l'exemple de la biologie moléculaire, aujourd'hui elle s'est complètement démocratisée. Il y a moins de 10 ans, cette spécialité était l'affaire de savants évoluant dans les laboratoires de pointe. Ce changement, à la fois générationnel, dans l'accès aux connaissances et dans la nature des collaborations, n'est peut-être pas très perceptible, mais il advient progressivement.

T&B : Vous avez cité beaucoup de partenaires et parlé de diversification de ceux-ci, qu'en est-il des partenaires du Sud ?

Pr Touré : Notre centre de recherche est jeune mais collabore déjà avec des équipes du Sud. Cette collaboration se fait d'abord à travers le réseau des centres collaborateurs de l'Unité TransVIHMI de Montpellier. Ce cadre nous permet de proposer des projets en consortium avec l'INRB de la RDC, le Centre de recherche sur les maladies émergentes et ré-émergences (CREMER) de Yaoundé, le Centre régional de recherche et de formation (CRCF) de Dakar. La création de la Plateforme de recherche internationale en santé mondiale (PRISME) renforce et étend cette collaboration avec de nombreuses équipes africaines membres du réseau des institutions collaboratrices de chacune des deux instituts (INSERM, IRD) et l'ANRS-MIE. Par ailleurs, nous sommes des chercheurs membres de l'espace CAMES. À ce titre, nous travaillons et échangeons régulièrement avec nos collègues de nombreux pays sur les activités de recherche, de formation, d'encadrement d'étudiants en master ou en thèse et de participation à des jurys.

 https://doi.org/10.57832/jhq5-d054

***T&B :** Comment abordez-vous la problématique de la diffusion et de la valorisation des productions scientifiques africaines ? N'avons-nous pas besoin d'un The Lancet ou Nature made in Africa ?*

Pr Touré : Sur cette question, il y a, pour moi, deux aspects à prendre en compte. Le premier est la nécessaire création d'une revue africaine de santé publique en Afrique francophone. Les discussions avec les principaux acteurs de la recherche et de l'enseignement supérieur étaient avancées sur cette question, mais l'agenda a été bouleversé par la survenue de la Covid, et donc ce projet pourrait reprendre rapidement.

Le second point c'est qu'il faudrait aussi qu'il y ait beaucoup de chercheurs de renom en Afrique capables d'être des évaluateurs, éditeurs, et membres des comités scientifiques de ces revues prestigieuses. Quand on voit la qualité et l'ancienneté de certaines revues internationales comme *Nature* ou *The Lancet*, on comprend pourquoi elles sont actuellement ce niveau. Lorsque nous-mêmes soumettons nos articles, nous sommes bien conscients de la pertinence des remarques que nous recevons avant que ces textes ne soient acceptés.Pour moi, il nous faut à la fois avoir des revues africaines exigeantes qui permettront aux auteurs de progresser, d'avancer et d'exceller, et il faut aussi que les chercheurs qui marquent leur domaine soient dans les instances de ces autres revues internationales.

***T&B :** Si vous étiez dans le comité scientifique de The Lancet par exemple, comment changeriez-vous la vision de ce qui est pertinent, de ce qu'est un résultat de recherche qui vaut la peine d'être publié ?*

Pr Touré : Il y a eu un article publié il y a quelques mois et qui a fait beaucoup de bruit. Pour résumer, on y disait qu'on ne devrait plus accepter dans les revues des résultats de recherche venant du Sud sans aucun co-auteur du pays, parce que ce n'est pas concevable, c'est de la prédation de données. Partager ce principe comme une forme de code éthique et l'exiger pour toutes les revues, contribuerait indirectement à développer des ressources humaines en Afrique. En effet, produire des résultats publiables nécessite une recherche rigoureuse et, si elle est menée avec des équipes locales, elle aboutira à un transfert de compétences. Les chercheurs locaux vont d'abord savoir reproduire ce qui a été fait avec eux, puis ils vont l'adapter, développer d'autres initiatives et *in fine* s'améliorer.

Il faut aussi renforcer les comités d'éthique de nos pays, qui peuvent aussi être des garde-fous, s'assurer que la recherche est une véritable collaboration qui permet, outre la protection de l'individu, le développement des compétences locales. Ce sont véritablement ces exigences qui permettront que les recherches se développent et que le transfert de compétences se fasse.

***T&B :** Est-ce qu'il existe un réseau ou un espace ouest-africain, voire francophone plus largement, dans lequel les épidémiologistes, les virologues et les infectiologues se retrouveraient ? Nous avons plutôt l'impression qu'il y a une connexion entre la France – ou disons l'Europe de l'Ouest d'une manière générale – et des pays spécifiques (Sénégal, Guinée, Côte d'Ivoire, Cameroun), mais pas vraiment une forte connexion intra-africaine.*

Pr Touré : Je partage entièrement votre impression. Pour 2023, mon rêve est de créer un réseau des épidémiologistes ou un réseau de spécialistes pour échanger régulièrement et produire des réflexions sur les maladies émergentes dans la sous-région : l'Afrique francophone d'abord, puis les pays lusophones et anglophones. Je pense que c'est un vrai besoin. Après trois ans de Covid, nous devons nous poser la question d'un réseau de chercheurs en Afrique, car nous savons maintenant qu'au final chaque menace locale est une menace globale. Je pense que nous avons effectivement besoin d'échanger sur des enjeux de santé publique au sein de notre espace et partager nos expériences. Pour les anthropologues par exemple, il existe le RAEE (Réseau ouest africain anthropologie des épidémies émergentes) ; de même, pour les épidémiologistes, il faut créer un cadre de discussion régulière sur les priorités du moment en santé publique. Cette collaboration n'est pas très intense alors qu'elle devrait l'être.

***T&B :** Puisqu'on parle de Covid, cette pandémie a aussi révélé le désastre de l'industrie pharmaceutique africaine et notre immense dépendance. Comment, peut-on décoloniser la santé mondiale si on dépend, pour se soigner, des médicaments, mais aussi des vaccins des autres ?*

Pr Touré : En tant que pharmacien et en tant que spécialiste de santé publique, nous sommes interpellés de plusieurs manières. Je vous disais que nos pays manquent d'infrastructures capables de développer des outils de diagnostic, mais ce qui est valable pour les outils de diagnostic l'est aussi pour les médicaments. On a vu beaucoup d'anarchie avec l'arrivée des tests rapides qui sont donnés par des multinationales pour échapper à la fiscalité et, lorsque vous les examinez en détail, vous comprenez que certains tests n'ont été évalués que sur une petite dizaine d'échantillons. C'est à la limite insultant. Le même constat peut être fait pour les médicaments. Je pense qu'il y a des initiatives de l'Union africaine qui devraient être collectivement soutenues et renforcées. Tout le monde devrait porter ce message de Michel Sidibé, l'ambassadeur auprès de l'Union africaine pour la création de l'Agence des médicaments pour l'Afrique (AMA). Celle-ci pourra développer des centrales d'achat ou la production locale. Je pense que nous devons aller dans cette direction et cela devrait passer par une mutualisation des moyens. Tous les pays ne peuvent pas développer des infrastructures capables de produire des médicaments de qualité pour faire face à des épidémies. De la même façon que l'Union africaine a créé Africa CDC avec des bureaux régionaux, on devrait réfléchir à développer et produire dans un premier temps des vaccins ou certains médicaments dans le pays le plus à même de le faire aujourd'hui, puis étendre la production à d'autres pays lorsque les infrastructures adéquates y auront été développées. Si nous ne le faisons pas, nous serons toujours en retard et, lorsque ces vaccins ou ces médicaments nous viennent d'ailleurs, nous continuons à subir d'autres formes de pression avec des impacts négatifs. Si vous prenez l'exemple des vaccins – je ne reviens même pas sur toutes les conditions d'acquisition, sur lesquelles nous pourrions passer des heures –, les organismes ou pays donateurs ont fait pression pour que nous les utilisions parce que la date de péremption était proche ou parce qu'il fallait montrer que c'était ce vaccin qui était utilisé dans tel pays parce que ça faisait l'affaire de quelqu'un, en sorte que toutes nos autres activités ou nos autres stratégies de santé publique sont passées au second plan. On a vu dans certains pays qu'on est allé jusqu'à repousser des campagnes de vaccination des enfants parce que la priorité était devenue d'« écouler les stocks de vaccins Covid qui sont arrivés et qu'il ne faut pas laisser périmer ». Cela n'est pas acceptable parce que, quand un gouvernement fait cela, sa population reçoit le message que des stratégies essentielles pour la santé maternelle, infantile, le VIH, le paludisme, la rougeole et d'autres maladies prioritaires sont secondaires. La Covid est devenue la priorité uniquement à cause de la nécessité d'écoulement des vaccins. Je pense donc que, maintenant que la situation s'est un peu calmée, nous avons besoin de réfléchir sur tous ces sujets.

***T&B :** Sur la problématique du genre : où en sont les femmes dans la santé publique en Guinée ? Est-ce qu'il y a une grosse disparité entre chercheurs ?*

Pr Touré : Il est regrettable de constater qu'elles ne sont pas aussi visibles qu'elles le devraient pour l'instant. Au CERFIG, parmi les gens que nous formons depuis 2018, il y a beaucoup de jeunes femmes qui sont en master, en thèse et post-doc aussi bien en biologie moléculaire qu'en anthropologie. Le chemin est certes long, mais avec les possibilités de formation qui existent actuellement à la faculté des sciences et techniques de la santé de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, nous aurons bientôt de nombreuses chercheures dans les différentes spécialités de la santé publique.

***T&B :** En tant que directeur du CERFIG, comment faites-vous cohabiter sciences biomédicales et science socio-anthropologique ? Quelle est votre expérience de l'interdisciplinarité ?*

Pr Touré : Le mode de fonctionnement du CERFIG est fortement inspiré de l'expérience de l'Unité TansVIMI. Nos équipes comprennent des spécialistes d'épidémiologie, de clinique, de biologie et de sciences humaines et sociales. Le trépied biologie, épidémiologie et anthropologie est le socle de tous nos projets de recherche ; cette collaboration avec les sciences humaines et sociales s'avère selon moi fondamentale.

CERFIG, an African Health Research of Excellence

Abdoulaye Touré
Director General of the National Institute of Public Health (INSP) of the Republic of Guinea
Associate Professor of Public Health at Gamal Abdel Nasser University of Conakry (UGANC)
Director of the Center for Research and Training in Infectiology of Guinea (Cerfig)
abdoulaye.toure@cerfig.org

Questioned by

Mame-Penda Ba
Professor of Political Science, Gaston Berger University, Senegal
Director of LASPAD and Editor-in-chief of *Global Africa*
mame-penda.ba@ugb.edu.sn

Noémi Tousignant
Anthropologist and historian of science and public health
DEST, Faculty of Mathematics and Physical Sciences, London's Global University, United Kingdom
n.tousignant@ucl.ac.uk

How to cite this paper:
Touré A., (2022). CERFIG, an African Health Research of Excellence.
Global Africa, *(2)*, pp. 143-147.
https://doi.org/10.57832/vz1h-4j56

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

Tousignant & Ba: *Prof. Touré, thank you very much for accepting this interview. To start, could you briefly introduce yourself to the readers of Global Africa, and explain what makes your career as a public health researcher so special?*

Abdoulaye Touré: I am a pharmacist by training. I also hold the Agrégation degree in public health from the Gamal Abdel Nasser University of Conakry (UGANC). I am currently the Director of the CERFIG and I have been the Director-general of the National Institute of Public Health of Guinea for four years. I am at the same a researcher and a public health professoinal. My goal is to ensure that the results of my research contribute to more informed decision-making, which is not at all an easy task.

After my doctoral thesis in pharmacy at UGANC, I worked for almost two years in private clinics before I went to the University of Lyon for a specialisation in public health (master's and thesis). Upon my return to Guinea in 2013, I worked on HIV-AIDS by setting up the first molecular biology laboratories to facilitate access to viral load in collaborarion with Therapeutic Solidarity and Health Initiatives (Solidarité Thérapeutique et Initiatives pour la Santé, Solthis), an NGO acting in support of the Ministry of Health. When the Ebola epidemic started, I participated in the battle against the epidemic through research. My team worked on follow-up care with Ebola survivors. We described precisely the long-term clinical sequelae that were not known, and demonstrated the persistence of the virus. At the time when we started our investigations on site, it was recommended that men should use condoms for three months after recovery. We proved, however, that the Ebola virus was still present

in body fluids more than a year after the initial infection. The results of our scientific output guided everyone, including the World Health Organisation (WHO). The latter invited us, for this reason, to participate in thematic groups. The West African Health Organisation (WAHO) and the Africa Centre for Disease Control (Africa CDC) also reached out to us, as well as other researchers who contributed to the preparation of documents or participated in technical discussion groups. So, it was a great experience because, through this project, we challenged the limits of medical knowledge on Ebola. So far, these are the essential references for the knowledge of the virus.

T&B: *What do you consider to be the challenges of public health in Africa, particularly those that are not taken into account in public policies, based on the experience of Ebola and Covid?*

Pr Touré: To me, the priority is the financing of health research. And this is a major challenge in Africa, because there is no endogenous funding mechanism in our countries in any field, be it agriculture, livestock, environment or social sciences. For research carried out in Africa, funding very often comes from elsewhere, sometimes with a predefined agenda, because they are oriented towards priorities or objectives that do not always coincide with local issues. This leads us to align ourselves with priorities that are not always our own. So, to me, the first challenge is to fund research.

The second challenge is that of infrastructure and human resources for research. Globally, these are lacking on the continent. The proof was during the Covid-19 epidemic that shook the whole world, with almost no production of inputs from Africa. Yet, some countries could have produced tests and vaccines very quickly if there had been quality human resources and research infrastructure, and this would have mitigated the impact of the pandemic on the continent.

A third problem is the lack of a communication mechanism between policy makers and researchers. In general, policy makers only listen to scientists when there is an urgent situation, so it is often when there are disease outbreaks that they try to get a little closer to researchers. So the major challenge is how to make evidence-based decisions on a daily basis. This exchange was initiated during this Covid-19 pandemic. In many African countries, scientific councils have been created. Perhaps one of the current challenges would be to really revive these scientific councils, to extend them to other areas so that these bodies have acess — as was the case during the first year of the fight against Covid-19— to decision makers at the highest level. I was lucky enough to be a member of the Scientific Council in Guinea, and I know that by being part of such a structure, we can ensure that decisions are based on evidence, and that is what has been done. Now that the epidemic is fading away, we hear less about these councils, which were the only real intersection between policy makers and researchers in Africa during the difficult times in the fight against Covid-19. Finally, we must also consider giving researchers certain decision-making positions; I have seen this, for example, in Côte d'Ivoire — where very often the coordinators of vertical programmes are professors — which integrates science into public health action. On the one hand, researchers must understand that it is by being inside these institutions that one can transform the system and, on the other, policy makers must know that researchers are irreplaceable advisors in certain positions.

T&B: *You make it clear that our states have no financial instruments to boost research, but then who funds these research projects that you are conducting, the results of which have been published in leading journals, such as The Lancet, Nature, and Science?*

Pr Touré: We are not going to beat around the bush, It's France. Our research projects are largely funded by the French National Institute of Health and Medical Research (INSERM), the French National Agency for AIDS Research (ANRS) — which has now become ANRS-MIE (Emerging Infectious Diseases) — the French Research Institute for Development (IRD) and Montpellier University of Excellence (MUSE). These four French institutions remain our main source of funding. This funding involves collaboration with researchers from these institutions, with whom we co-write projects. However, the collaborations are diversifying: currently, we have a project with the University of Ottawa — funded by the International Development Research Centre (IDRC) of Canada —, the University of Geneva and German teams. In any case, regardless of the partner, we would have serious discussions before agreeing on what needs to be done with a clear vision and move forward if it suits everyone.

T&B: *Could you tell us more about the CERFIG project? What were the ambitions at the beginning and was it part of your objectives to create an institutional framework in which you could lead and have more say in the design of research projects and partnerships?*

Pr Touré: The CERFIG was born out of the 2014-2016 Ebola epidemic, the largest one in Guinea's history. The whole world was looking at the country. One of the most striking elements was that there was no infrastructure to host research projects on the epidemic. These were therefore developed in mobile facilities in rented premises. This observation led us to believe that an institutional framework had to be created so that the infrastructures could remain at the service of research after the epidemic. With Professors Eric Delaporte, Alice Desclaux, Bernard Taverne, Jean-François Etard, Philippe Msellati and others, we benefited from the financial support of the French Task Force against Ebola and finally the centre was quickly built and equipped in a period of emergency. Today, it is one of the most important centres in the field of infectious diseases, as shown by the number and quality of its publications and its participation in the diagnosis of diseases with epidemic potential (Ebola, Covid, etc.). We also have a vocation for training. Many diplomas have been developed, masters and doctorates, in particular. We have also hosted a number of foreign researchers.

T&B: *In this case, was it the context of emergency that allowed you to have a bit more autonomy to direct the research towards particularly relevant issues, or is there an emerging institutional context that allows you to have much more influence at the project formulation stage?*

Pr Touré: We are fortunate that the core of the CERFIG is made up of young researchers who did part of their training in the same European universities as our partners. So, whether we come from the North or the South, we are all moulded in the same way, which facilitates exchanges with our collaborators as well as the co-construction and co-writing of projects.

I have witnessed the change in the nature of collaborations, because a critical mass of young researchers is being constituted here: these are people for whom research is more or less demystified, because the same tools and expertise from the North are being developed in Africa. This fundamentally changes the relationship. I think there is a generational change and this has an impact on the very nature of collaboration between North-South or South-South teams. We are still a long way from achieving this because the South is lagging behind at almost every level, but we are nevertheless seeing a generation coming along that is more demanding, that is more willing to collaborate than to receive, because it has a better understanding of the problems of its community and the scientific knowledge of its time. Let's take the example of molecular biology, which is now completely democratised. Less than 10 years ago, this speciality was the domain of scientists working in state-of-the-art laboratories. This change, both generational and in the nature of the collaborations, may not be very noticeable, but it is happening gradually.

T&B: *You mentioned many partners and spoke of diversification of partners, what about partners from the South?*

Pr Touré: Our research centre is young but already collaborates with teams in the South. This collaboration is carried out primarily through the network of TransVIHMI Unit centres in Montpellier. This framework allows us to propose projects in consortium with the National Institute of Biomedical Research (INRB) of the Democratic Republic of Congo (DRC), the Centre for Research on Emerging and Re-emerging Diseases (CREMER) in Yaoundé, Cameroon and the Regional Centre for Research and Training in Clinical Treatment (CRCF) in Dakar, Senegal. The creation of the Platform for International Global Health Research (PRISME) reinforces and extends this collaboration with many African teams that are members of the network of collaborating institutions of both institutes (INSERM, IRD) and ANRS-MIE. In addition, we are member of the African and Malagasy Council of Higher Education (CAMES). As such, we work and exchange regularly with our colleagues from many countries on research activities, training, supervision of masters and Ph.D. candidates and participation in examination panels.

T&B: *How do you address the issue of dissemination and valorisation of African scientific productions? Don't we need a journal like The Lancet or Nature made in Africa?*

Pr Touré: On this issue, there are, for me, two aspects to take into account. The first is the need to create a public health journal in Francophone Africa. The agenda was disrupted by the outbreak of Covid, but this project could be resumed quickly because discussions were advanced with the main players in research and higher education in this region. The second issue consists in having many renowned researchers in Africa becoming reviewers, editors, and members of the scientific committees of these prestigious journals. When we see the quality and seniority of certain international journals such as *Nature* or *The Lancet*, we understand why they are currently at this level. When we submit our articles, we are well aware of the relevance of the remarks we receive before these texts are accepted. To conclude, in my opinion, we need rigorous African journals that will allow authors to progress, advance and excel, and invite major African researchers to join their editorial boards.

T&B: *If you were on the scientific committee of The Lancet for example, how would you change the view of what is relevant, what is a research result worth publishing?*

Pr Touré: Let's take the example of a paper that came out a few months ago and caused a stir. To sum up, it said that we should no longer accept research results from the South in journals without any co-authors from the country, because this is not conceivable, it is data predation. Sharing this principle as a form of ethical code and requiring it for all journals would indirectly contribute to developing human resources in Africa. Indeed, producing publishable results requires rigorous research and, if it is carried out with local teams, it will lead to a transfer of skills. Local researchers will first be able to reproduce what has been done with them, then they will adapt it, develop other initiatives and ultimately improve themselves. We must also strengthen the ethics committees in our countries, which can also act as safeguards, and ensure that research is a genuine collaboration which, in addition to protecting the individual, allows for the development of local skills. It is really these requirements that will enable research to develop and skills to be transferred.

T&B: *Is there a West African network or space, or even a wider Francophone space, in which epidemiologists, virologists and infectious diseases specialists can meet? We rather have the impression that there is a connection between France — or let's say Western Europe in general — and specific countries (Senegal, Guinea, Ivory Coast, Cameroon), but not really a strong intra-African connection.*

Pr Touré: I fully share your impression. For 2023, my dream is to create a network of epidemiologists or of specialists to regularly exchange and produce ideas on emerging diseases in the sub-region. We would start with French-speaking Africa, before we invite the Portuguese and English-speaking countries to join. I think this is a real need. After three years of Covid-19, we need to consider the question of a network of researchers in Africa, because we now know that a local threat is ultimately a global threat. I think that we do need to exchange on public health issues within our space and share our experiences. For anthropologists, for example, there is the West African Network Anthropology of Emerging Epidemics (Réseau ouest africain anthropologie des épidémies émergentes, RAEE); similarly, for epidemiologists, there is a need to create a framework for regular discussion on current public health priorities. This collaboration is not very intense, although it should be.

T&B: *Since we are talking about Covid-19, this pandemic has also revealed the disaster of the African pharmaceutical industry and our immense dependence. How can we decolonize world health if we depend on other people's medicines and vaccines to treat ourselves?*

Pr Touré: As a pharmacist and as a public health specialist, we are challenged in several ways. I was telling you that our countries lack the infrastructure to develop diagnostic tools, but what is valid for diagnostic tools is also valid for medicines. We have seen a lot of anarchy with the arrival of rapid tests that are given by multinationals to avoid taxation and, when you examine them in detail, you understand that some tests have only been evaluated on a few dozen samples. This is almost insulting. The same can be said for drugs. I think that there are initiatives of the African Union that should be collectively supported and strengthened. Everyone should carry the message of Michel Sidibé, the ambassador to the African Union, for the creation of the African Medicines Agency (AMA). This agency could develop central purchasing bodies or local production. I think we need to move in this direction

and this should involve pooling resources. Not all countries can develop infrastructures capable of producing quality medicines to deal with epidemics. In the same way that the African Union has created Africa CDC with regional offices, we should think about developing and producing vaccines or certain medicines in countries that are best able to do so today, and then extending production to other countries once the appropriate infrastructure has been developed. If we don't do that, we will always lag behind, and when those vaccines or medicines come to us from elsewhere, we will continue to be under other forms of pressure with negative impacts. If you take the example of vaccines — I won't even go into all the conditions of acquisition, on which we could spend hours on — donor agencies or countries pressured us to use them because the expiration date was close or because it had to be shown that it was this vaccine that was being used in such and such a country because it was good for people, so that all our other activities or our other public health strategies took a back seat. In some countries, they went so far as to postpone child immunisation campaigns because the priority has become "to use up the stocks of Covid vaccines that have arrived and that must not be allowed to expire". This is not acceptable because, when a government does this, its people get the message that essential strategies for maternal, child health, HIV, malaria, measles and other priority diseases are secondary. Covid has become the priority only because of the need to sell the vaccines. So I think now that the situation has calmed down a bit, we need to reflect on all these issues.

T&B: *On the issue of gender: where are women in public health in Guinea? Is there a big disparity between researchers?*

Pr Touré: It is unfortunate that they are not as visible as they should be at the moment. At the CERFIG, among the people we have been training since 2018, there are many young women who are currently working on their masters theses and doctoral dissertations or doing post-doctoral studies in both molecular biology and anthropology. The road is certainly long, but with the training opportunities that currently exist at the Faculty of Health Sciences and Techniques of the UGANC, we will soon have many female researchers in the different specialities of public health.

T&B: *As director of the CERFIG, how do you bring together biomedical and socio-anthropological sciences? What is your experience of interdisciplinarity?*

Pr Touré: The CERFIG's work culture is strongly inspired by the experience of the TransVIMI Unit. Our teams at the CERFIG include specialists in epidemiology, clinical biology and human and social sciences. The tripod constituted by biology, epidemiology and anthropology is the basis of all our research projects; this collaboration with the humanities and social sciences is, in my opinion, fundamental.



@Elise Fitte-Duval, « Série Dés-augmentation », réalisée dans le quartier Ouakam de Dakar, 2021.

Épidémies guinéennes : des politiques infectieuses aux ontologies virales

Fanny Attas

Doctorante en anthropologie, République de Guinée
ENS de Lyon (Triangle), Institut de recherche pour le développement (TransVIHMI)
Centre de recherche et de formation en infectiologie de Guinée (CERFIG)

fanny.attas@ens-lyon.fr

How to cite this paper:
Attas F., (2022). Épidémies guinéennes : des politiques infectieuses aux ontologies virales.
Global Africa, (2), pp. 149-159.
https://doi.org/10.57832/c6fp-qz51

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

Résumé

Cet article analyse l'application des modèles de ripostes épidémiques sur le territoire guinéen lors de la survenue de l'épidémie de Covid-19 et interroge les décalages souvent visibles entre ces modèles et les pratiques réelles de prise en charge et de gestion épidémique observées. Il analyse dans une première partie la manière dont les mesures barrières se heurtent aux « normes pratiques » (Olivier de Sardan, 2010) des soignants dans les centres de santé. Il vise à sortir de la compréhension classique des systèmes de santé guinéens – et plus largement africains – comme « dysfonctionnels » (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003) et de l'interprétation du non-respect des mesures de protection par les soignants et les populations comme relevant de « résistances » ou « réticences » (Somparé, 2020). Pour ce faire, il propose dans une seconde partie d'explorer le potentiel de l'approche ontologique pour comprendre les processus de traduction, d'adaptation et d'appropriation à l'œuvre dans l'application des modèles de gestion par les soignants et les populations. Il examine dans une troisième partie comment les patients gèrent le risque épidémique au sein du Centre de traitement épidémique (CT-Epi) par la mobilisation de tactiques et de répertoires ontologiques divers permettant de négocier avec l'invisible viral. L'enjeu est ainsi de mobiliser l'approche ontologique afin de revisiter les théories issues de l'anthropologie africaniste et de proposer de nouveaux axes d'analyse des contextes africains, notamment celui de la Covid-19 en République de Guinée.

Mots-clés

Guinée, Covid-19, anthropologie, ontologie, virus

Introduction

Associées à une longue histoire épidémique (Le Marcis, 2021) et à un système de santé fragile, les récentes émergences et réémergences[1] en Guinée ont contribué à faire du pays une priorité pour les institutions de santé globale et les politiques de surveillance épidémique. Les épidémies d'Ebola en 2013-2016 et en 2021, ainsi que la pandémie de Covid-19 depuis 2020, ont été l'occasion d'instaurer sur le territoire des modèles formalisés de riposte (Gomez-Temesio & Marcis, 2017) et de surveillance épidémique, portés par des institutions internationales[2] et nationales[3]. Ces derniers ont largement contribué à diffuser des pratiques et discours provenant du champ de la santé globale. S'ils semblent à première vue constituer des modèles neutres et apolitiques (Bardosh, 2016), ils sont en réalité chargés de conceptions particulières provenant de la biomédecine moderne sur la maladie, le corps, le soin et surtout les virus (Bonnet, 2003). Appliqués sur l'ensemble du territoire lors des résurgences épidémiques et des périodes de surveillance, ces modèles viennent s'inscrire dans la société guinéenne et importent des discours ontologiquement situés, malgré leur apparente globalité. Ils entrent alors en négociation avec les acteurs locaux et leurs répertoires ontologiques propres (Fairhead, 2016).

Provenant de la philosophie avant d'être utilisée et réinterprétée par l'anthropologie à la fin du xxe siècle (Nef & Schmitt 2017), l'ontologie (du grec ancien ontos, « être », et logos, « discours, traité ») traite de l'être. Descola (2005, p. 176) définit ainsi les ontologies comme des « systèmes de propriétés des existants [qui] servent de points d'ancrage à des formes contrastées de cosmologies, de modèles du lien social et de théories de l'identité et de l'altérité ». En anthropologie, la majorité des auteurs mobilise le concept d'ontologie pour rendre compte de la multiplicité des mondes et des êtres. Si certains partent du postulat que le monde est intrinsèquement multiple (Descola, 2005), d'autres proposent de saisir l'altérité radicale de ces mondes (Chandler & Reid ,2018) via une conceptualisation fluide et contextuelle (Fairhead, 2016) des ontologies comme performances (Mol, 2002). Enfin, cette approche constitue un outil méthodologique pour poser des questions ontologiques (Holbraad & Pedersen, 2017).

Cet article analyse l'application des modèles de ripostes épidémiques sur le territoire guinéen lors de l'épidémie de Covid-19 et interroge les décalages souvent visibles entre ces modèles et les pratiques réelles de prise en charge et de gestion épidémique observées sur le terrain. Il vise à sortir de la compréhension classique des systèmes de santé guinéens – et plus largement africains – comme « dysfonctionnels » (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003) et de l'interprétation du non-respect des mesures de protection par les soignants et les populations comme relevant de « résistances » ou « réticences » (Somparé, 2020). Dans un premier temps, l'article analyse comment les mesures de gestion épidémique de la Covid-19, censées être appliquées par les soignants en « première ligne », se trouvent en décalage avec la réalité des normes pratiques (Olivier de Sardan, 2010) de ces derniers. Il propose d'examiner ces fréquents décalages non pas en termes de défaillances, mais de processus de traduction, d'appropriation, de transformation et de rejet à l'œuvre lorsque diverses conceptions du monde portées par les discours biomédicaux et locaux se rencontrent sur le terrain. Dans un second temps, il traite de l'intérêt d'une approche ontologique en Afrique, peu développée à l'heure actuelle, qui permettrait pourtant d'examiner d'un regard neuf les problématiques et contextes africains. Il s'agit de questionner les discours produits sur l'Afrique qui continuent d'inscrire le continent dans un rapport de pouvoir et de hiérarchie avec un référentiel épistémique autre – autrefois « européen », désormais « occidental ». Enfin, dans un troisième temps, l'article revisite la crise épidémique de la Covid-19 en Guinée à l'aune de l'approche ontologique. Il examine comment la gestion des maladies et du risque viral en Guinée se traduit, au sein du centre de traitement épidémique, par la négociation constante des humains avec le virus, via des tactiques d'évitement et de purge qui donnent corps à l'invisible viral et en font un non-humain actant, poussant les patients à mobiliser une multitude de répertoires ontologiques parfois contradictoires pour se soigner et pour faire sens autour de la maladie.

1 Entre autres, Ebola, Covid-19, fièvres de Marburg et de Lassa.
2 Médecins sans frontières (MSF), Alliance for International Medical Action (ALIMA), Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), etc.
3 Agence nationale de sécurité sanitaire, Institut national de santé publique, ministère de la Santé.

 https://doi.org/10.57832/c6fp-qz51

Cet article se base sur une étude ethnographique menée en Guinée de décembre 2020 à décembre 2021 dans le cadre du projet de recherche ARIACOV4. Mobilisant observation participante et entretiens formels et informels, cette étude s'est déroulée dans deux structures sanitaires : un centre de santé amélioré (CSA) disposant d'une unité de chirurgie simple dans la région de Forécariah, et le CT-Epi de Gbessia prenant en charge les patients atteints de Covid-19 dans la capitale Conakry. L'ethnographie menée au CSA sur une durée cumulée de deux mois (décembre 2020, juillet 2021, décembre 2021) s'est concentrée sur les acteurs de santé et sur leurs rapports aux différents virus et aux mesures barrières en période épidémique. L'enquête au CT-Epi de Gbessia, réalisée à l'occasion d'une hospitalisation en tant que patiente positive à la Covid-19 en février 2021, s'est attachée à examiner les pratiques quotidiennes de gestion du risque viral par les patients.

Au-delà de l'Afrique « faillie » : repenser les dysfonctionnements, défaillances et réticences

Systèmes de santé défaillants, normes pratiques et non-respect des mesures barrières.

> « Ici, on n'aime pas trop les bavettes. Il vaut mieux ne pas porter. Il y a eu des manifestations contre ça et depuis, ça n'est pas bien vu d'avoir ça. »

Mme Camara, la sage-femme, me jette un regard lourd de sens tandis que je range mon masque chirurgical dans mon sac. Nous sommes le 9 décembre 2020, en pleine vague de Covid-19 et, alors que les mesures barrières sont censées être renforcées dans tout le pays par décret présidentiel, personne, au CSA dans lequel je mène mon ethnographie, ne porte de masque ou ne respecte les mesures de distanciation. Cela fait plusieurs jours que je suis présente dans le service de la maternité avec les sages-femmes, les médecins, les agents techniques de santé (ATS) et les hygiénistes. En pleine épidémie, nous partageons les mêmes plats, mangeant avec la main droite dans la même assiette, et dormons ensemble dans la salle de garde.

J'ai de la chance : je partage avec la sage-femme titulaire un matelas qui a été posé sur le sol de la salle de garde, tandis que les stagiaires partagent un second lit, la natte, ou bien se couchent sur les paillasses et les tables d'examen. Personne ne respecte la distanciation physique ou le port du masque. Si nous le faisions, il serait impossible de manger ou dormir au CSA, vu la configuration des lieux et l'organisation pratique des soignants : le manque de place n'autorise la distanciation ni pour le personnel de santé, ni pour les patients et, dans un système de santé où une majorité des soignants sont considérés comme « stagiaires », et donc non rémunérés, ce sont les titulaires qui fournissent le plus souvent le repas de la garde pour leurs équipes. Commensalité et promiscuité sont ainsi des invariants des centres de santé en Guinée, de même que l'insuffisance de matériel médical. Le médecin gynécologue entre dans la salle d'accouchement :

> « Vous, là, vous n'avez pas le matériel ! Vous n'avez même pas de masque, alors qu'on est en période épidémique. Vous ne portez même pas la blouse entière : il faut le pantalon aussi, le pagne, là, ça n'est pas possible ! » Il me dit : « Bon, ici, personne ne respecte les mesures. Pas même les médecins. Les gens se disent que Corona, c'est pour les Blancs, pour les riches. Qu'eux, dans leur champ, il ne peut rien leur arriver ! Donc ils n'en portent pas. »

Dans le CSA, il existe une différence majeure entre les normes édictées par les institutions sanitaires nationales et internationales et les pratiques réelles observées sur le terrain. Ces décalages concernent autant les procédures de soin que le respect de la PCI (prévention et contrôle des infections), les normes

4 Financé par l'AFD dans l'Initiative « Covid-19 – Santé en commun » et mis en place par l'Institut de recherche pour le développement (IRD), le projet ARIACOV (« Appui à la riposte africaine à l'épidémie de Covid-19 ») est porté en Guinée par le Centre de recherche et de formation en infectiologie de Guinée (CERFIG). Son volet sciences sociales, intitulé « L'ombre portée d'Ebola sur l'épidémie de Sars-COV-2. Analyse des politiques publiques, des pratiques des acteurs et des représentations populaires relatives à la Covid-19 pour une meilleure réponse guinéenne à la pandémie », est dirigé par le Pr Frédéric Le Marcis.

d'hygiène ou les mesures de riposte épidémiques. Ces dysfonctionnements particuliers, qui pourraient être interprétés comme des mauvaises pratiques de la part des soignants, sont la manifestation d'une plus grande déstabilisation du système de santé en Guinée. Ce dernier est le plus souvent caractérisé par des ruptures de matériel médical et des rapports clientélistes entre les patients et les soignants. Une grande majorité du personnel de santé n'est pas officiellement employée par l'État et exerce sous le statut de stagiaire non rémunéré – parfois durant dix ou quinze ans – qui ne reflète pas son réel travail au sein des structures sanitaires. Dans ce contexte, les soignants monnayent des soins censés être pris en charge par l'État guinéen (césariennes, vaccinations) et vendent des médicaments et traitements de manière informelle, en parallèle de la pharmacie officielle de la structure de santé. Tandis que ces pratiques – communes à d'autres structures de santé en Afrique de l'Ouest (Jaffré, 2003 ; Tantchou, 2021) – peuvent s'apparenter à de la corruption (Olivier de Sardan, 2010), il s'agit moins, pour les soignants, d'extorquer de l'argent aux patients que de garantir l'exercice de leurs fonctions et les soins mêmes, dans un contexte marqué par le manque de moyens matériels et financiers et la non-reconnaissance de leur statut par l'État.

Ces « normes pratiques », en décalage avec les normes officielles édictées par les institutions, ont été analysées par Olivier de Sardan (2010) comme étant le produit d'une culture professionnelle locale (2001), de traductions et d'appropriations des normes officielles qui entrent en contact – et parfois en confrontation – avec la réalité du terrain et les contextes locaux (2010). Ces décalages et incompatibilités entre contextes locaux et normes institutionnelles donnent souvent lieu à une « revanche des contextes » (Olivier de Sardan, 2021) qui se traduit parfois par l'échec de l'application des normes officielles – comme c'est le cas pour les mesures de riposte épidémique Covid-19 dans ce CSA.

À la croisée des mondes : de l'Afrique « faillie » aux innovations ontologiques

Ces décalages entre normes pratiques sur le terrain et normes officielles sont très souvent perçus en termes d'échec, de dysfonctionnement, ou dans le cadre d'une conception de l'État « failli » en Afrique (Gaulme, 2011) – qui s'apparente à un évolutionnisme non plus social, mais politique. En Guinée, le « dysfonctionnement » du système de santé est très largement rapporté, voire considéré comme un fait (Somparé, 2017). Il paraît alors essentiel de questionner cette évidence de l'échec des systèmes de santé – voire plus largement des États et de l'Afrique dans son ensemble – qui instaure et fait perdurer des rapports de pouvoirs déséquilibrés entre les différentes puissances et leurs mondes réciproques. Au-delà d'une démonstration de la non-conformité des normes pratiques et de l'échec du système de santé issu d'un modèle préétabli par les institutions, il convient d'analyser réellement les contextes dans lesquels ces normes sont pratiquées et pertinentes – pour, à la fois, rendre compte des mondes locaux et les rétablir dans leur légitimité épistémique. Dès lors, loin d'être le résultat de défaillances systémiques – conception qui renforce l'idée d'un référentiel unique et de contextes africains qui ne « marchent pas » –, ces décalages peuvent être analysés comme le produit direct de rencontres entre les normes institutionnelles globales et des façons locales d'être au monde. Ils témoignent des processus d'appropriation, de transformation et de rejet à l'œuvre lorsque diverses conceptions du monde se rencontrent pour définir une réalité commune.

Ainsi, les normes pratiques sont les pratiques et discours qui permettent à ces rencontres des mondes de fonctionner « en pratique », de créer un nouveau monde hybride – une « innovation ontologique » (Thompson, 2005) – dans lequel naviguent les acteurs et qui « fonctionne » malgré ses contradictions internes. En Guinée, ces normes pratiques des soignants ne témoignent pas d'un système de santé dysfonctionnel, mais plutôt du fonctionnement interne d'un système de soins en perpétuelles négociations entre les modèles globaux et le contexte local – caractérisé notamment par une crise de confiance importante entre la population et les agents de l'État en général (Attas et al., 2021).

Ainsi, afin de sortir d'une conception biaisée et négative d'une Afrique faillie – politiquement, économiquement ou dans ses systèmes de santé –, je propose de recourir à l'approche ontologique dans le but d'explorer d'un œil neuf les modalités pratiques de gestion du risque épidémique par les populations locales et les soignants. Marquant un changement de paradigme avec les approches théoriques précédentes, l'approche ontologique vise à revaloriser les « cultures » et

les êtres qui les accompagnent (humains et non-humains) en « mondes » valides et co-existants : il ne s'agit plus d'interprétations particulières d'une seule et même réalité (Henare et al., 2006), mais de réalités alternatives qui coexistent comme des mondes en soi.

Cependant, cette approche et le changement de perspective qu'elle inclut – bousculant et questionnant la hiérarchie des systèmes de savoir et la domination d'une réalité moderne occidentale devenue globale – ont peu essaimé sur le continent africain. En effet, le tournant ontologique est le produit spécifique d'une anthropologie qui s'est largement développée en Amérique latine du fait d'une histoire politique et épistémique particulière que ne partage pas l'Afrique. Les deux zones ont donné naissance à des traditions et courants anthropologiques différents, souvent traversés par des thématiques propres, qui reflètent à la fois leur histoire politique, culturelle et économique, mais également la façon dont ils ont été conceptualisés par les puissances coloniales et les penseurs occidentaux.

De l'intérêt d'une approche ontologique en Afrique

Tournant ontologique : entre épistémologies coloniales et traditions anthropologiques

L'anthropologie se développe au XIXe siècle comme science et discipline dans un contexte colonial[5] de découverte de l'altérité et des « peuples primitifs » (Deliège, 2006). Elle se fonde notamment sur la théorie de l'évolutionnisme social (Tylor, 1871) qui place sur une échelle hiérarchique les différentes sociétés humaines. Les premiers travaux sur l'Afrique s'attachent alors à étudier des thématiques spécifiques dans des sociétés vues comme primitives et hors du temps, figées dans un passé originel (Grinker et al., 2019) : sorcellerie, parenté, religion, maladie et soin, économie, art. Dans le même temps, l'anthropologie américaniste s'intéresse aux populations indigènes, aux études des antiquités provenant d'anciennes civilisations ayant des sources manuscrites et imprimées – *via* l'archéologie et l'histoire notamment –, aux mythes fondateurs et aux guerres (Gruzinski & Bernand, 1992). Tandis que les territoires américains prennent leur indépendance dans la première moitié du XIXe siècle et se constituent en États souverains, l'Afrique fait encore partie des colonies européennes jusque dans les années 1960. Au début du XXe siècle, des chercheurs européens comme Mauss et Durkheim (1903), Malinowski (1935), Evans-Pritchard (1937) viennent remettre en question la hiérarchie des systèmes de savoir et des sociétés induite par l'évolutionnisme social. D'autres auteurs, notamment le mouvement surréaliste de l'anthropologie française, vont définitivement rejeter toute approche socio-évolutionniste : des anthropologues et ethnographes tels que Rouch (1947), Griaule (1934) et Bataille (1929) vont ainsi déconstruire et remettre en question les concepts de normalité, de réalité et de vérité dans le monde occidental. Des auteurs, européens comme africains, se dressent contre l'approche a-historique de l'Afrique et affirment l'inscription de cette dernière dans la modernité globale (notamment Balandier, 1951, 1952). L'anthropologie africaniste devient alors historique (Person, 1971) et est marquée par le dynamisme, soit l'étude des changements et ajustements sociaux (Grinker et al., 2019). Dans le même temps, le marxisme connaît un écho important sur le continent africain, avec de nombreux auteurs qui s'en réclament, se l'approprient et s'en inspirent – Senghor, Nkrumah, Cabral, Nyerere, Diop, Traoré, Nda, Rauche (Bidima, 1995). Dans son sillage, l'anthropologie marxiste prend un essor majeur dans les années 1960 et 1970, portée par Meillassoux en Afrique (1975), et s'attache particulièrement à l'étude des modes de production, de l'économie, du traitement des femmes et de l'esclavage. À la même période, l'anthropologie américaniste se concentre sur l'étude des processus politiques et de construction étatique, les régimes militaires et les processus de démocratisation, l'urbanisation et les classes paysannes, les changements environnementaux (Gruzinski & Bernand, 1992), en lien avec son histoire politique et économique contemporaine.

Dès les années 1960 et les débuts des décolonisations, l'anthropologie se voit largement remise en cause comme science coloniale. De nombreux auteurs produisent une critique de la modernité et de son système de savoir (par exemple, Latour & Woolgar, 1979). Les terrains africains voient apparaître de nouveaux thèmes de recherche, notamment la mobilité et les déplacements, l'urbanisme, la violence

5 Les premiers travaux anthropologiques sont d'ailleurs souvent produits par les administrateurs coloniaux.

politique, les conflits armés et les nouvelles formes d'appartenance (Grinker et al., 2019). De son côté, l'anthropologie américaniste s'intéresse à nouveau aux communautés autochtones et à leurs modes de vie et pratiques rituelles. À partir des années 1980, la politisation des communautés autochtones américaines prend de l'ampleur sur les scènes nationales et internationales (Langdon, 2016 ; Blaser, 2014). Leurs réalités et systèmes de savoir concordent avec des thèmes écologiques globaux (Jackson & Warren, 2005 ; Deléage, 1991). Ce faisant, ils deviennent de plus en plus valides et légitimes et sont revalorisés comme des modèles de solutions viables face à la crise environnementale (Redford, 1990 ; Chandler & Reid, 2018). C'est sur ces terrains perçus d'un nouvel œil que se développe le perspectivisme (Eduardo Viveiros de Castro, 2007, 2009), puis, à sa suite, le tournant ontologique. En effet, inspirés par le courant postmoderniste de l'anthropologie et par la prééminence de la question de l'environnement et de la nature dans le monde globalisé de la fin du XXe siècle, de nombreux anthropologues – entre autres Latour (1991), Ingold (1996, 2006), Viveiros de Castro (2007, 2009), Descola (2005) – développent une approche ontologique dans les années 1990-2000. Cette approche critique la distinction entre nature et culture du monde naturaliste moderne et fait apparaître la possibilité de réalités alternatives, valides, et co-existantes au sein des sociétés humaines.

Ontologies infectieuses et épistémologies médicales en Afrique

Bien que l'ontologie soit présente dans les travaux des philosophes africains, notamment Wiredu et Oruka (Bidima, 1995), son utilisation par les anthropologues africanistes a été rare, à quelques exceptions près (telles que Fairhead, 2016 ; Wilkinson & Fairhead, 2017 ; Laplante, 2014 ; Archambault, 2020 ; Adji, 2009 ; Thomas, 1968 ; Mbiziantouari, 2021). Contrairement à l'Amérique latine, l'anthropologie africaniste s'est tournée dans les années 1980 vers la science politique (Copans, 2007). Elle se concentre par la suite sur l'étude des modes d'organisation et de fonctionnement du développement (Olivier de Sardan, 1995, 2001), de la santé (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003) et de la société civile (Comaroff & Comaroff, 1999), mais n'aborde pas ou peu les réalités ontologiques locales avec un regard nouveau. L'enjeu d'une approche ontologique africaniste est d'examiner de nouveau des terrains déjà connus et de déconstruire les dominations, relations de pouvoir et hiérarchies entre différents mondes et systèmes de connaissances, et plus particulièrement entre les contextes africains et le reste du monde. Il ne s'agit pas ici d'exporter l'approche ontologique telle que conceptualisée par les anthropologues américanistes, mais bien d'interroger de manière ontologique les réalités africaines locales. L'objectif, dans un contexte de crises épidémiques et de frictions ontologiques entre les divers tenants de mondes distincts, est d'interroger comment les contextes structurels contribuent à fabriquer les ontologies locales autant que ces dernières les façonnent. Pour ce faire, il convient de revisiter l'histoire des épistémologies médicales en Afrique afin de situer les pratiques de gestion épidémique actuelles dans un contexte historique, géographique, politique et ontologique. Comme le souligne Bonnet (2003), les conceptions du corps, de la santé et du mal – maladie comme malheur de façon plus large – sont le fruit d'une histoire longue et variée en Afrique, influencée par plusieurs courants de pensée qui se sont diffusés sur le continent (islam, théories pasteuriennes, biomédecine). De manière similaire, la santé et la maladie en tant que conceptions occidentales sont le produit d'une longue histoire européenne puis occidentale. Ces conceptions sont devenues globales avec la colonisation et la mondialisation et se sont largement exportées dans d'autres contextes. Packard (2016) explique que les interventions de santé globale se sont développées dans la continuité de la médecine coloniale et en dehors des pays pourvoyeurs, renforçant une hiérarchie globale de la santé avec les pays du Nord fournissant les moyens (matériels, financiers, technologiques) médicaux aux pays du Sud. Le discours biomédical moderne est loin de constituer une avancée technologique dénuée de tout sens symbolique ou libre de tout bagage idéologique (Bonnet, 2003). Il s'agit au contraire d'une théorie sociale particulière des contacts et de l'existant – comme le sont les discours locaux sur le soin et la maladie (Le Marcis, 2003) – se concentrant sur les bactéries, microbes, virus, parasites, etc. Cette épistémologie ontologique – dans le sens où elle définit l'existant, le monde et les êtres qui l'habitent – vient à la rencontre de mondes locaux déjà existants et s'y confronte, dans un phénomène au sein duquel les acteurs négocient au quotidien pour faire sens du monde, du mal et des moyens de s'en protéger.

Revisiter la crise épidémique de la Covid-19 à l'aune de l'approche ontologique

Négocier avec l'invisible : la Covid-19 en Guinée

Mme Diallo pose la serpillère contre le mur et s'essuie le front avant de rajuster son masque chirurgical sur sa bouche et son nez. Nous sommes le 22 février 2021, cela fait cinq jours que nous sommes hospitalisées au CT-Epi de Gbessia, testées positives à la Covid-19 mais asymptomatiques. Hors des murs, les gens sont inquiets, car le gouvernement a annoncé la résurgence de l'épidémie d'Ebola en Guinée forestière depuis le 14 février. Depuis que je suis arrivée, tous les jours, Mme Diallo refuse qu'un hygiéniste vienne nettoyer la chambre : elle se charge elle-même de passer la serpillère et la Javel.

> « Moi, je ne veux pas qu'ils nettoient : ils vont dans les chambres avec des patients très malades et puis ils viennent nettoyer ici avec la même eau. Ils viennent nous re-contaminer et c'est comme ça qu'il y a des gens qui durent ici », explique-t-elle.

Depuis que je suis arrivée, elle partage conseils et tactiques pour être négative et sortir au plus vite du CT-Epi. Selon elle, et selon la plupart des patients à l'étage des asymptomatiques, il faut absolument faire baisser la charge virale et éviter de se « contaminer plus » afin de pouvoir sortir. Mme Diallo refuse d'étendre son linge à l'extérieur et l'envoie le faire laver chez elle :

> « Dehors, le linge peut prendre d'autres microbes et après tu te contamines avec. » Elle se lave les mains lorsqu'elle revient de l'extérieur et prie Dieu pour guérir plus vite. D'autres se lavent le nez avec des décoctions d'herbes ou du dentifrice avant le test PCR afin « que le virus ne reste pas dans le nez ». Mme Diallo se plaint : « Bon, toi tu es presque guérie et on te rajoute un nouveau qui vient avec la maladie. Est-ce que ça, ça ne te re-contamine pas ou ne te fait pas durer plus longtemps avec le virus ? »

Tous les patients du CT-Epi portent un masque chirurgical vingt-quatre heures sur vingt-quatre, afin de ne pas augmenter leur charge virale avec les nouveaux venus, mais également afin d'éviter d'autres pathologies comme la tuberculose. Certains prennent le traitement prescrit, d'autres préfèrent se faire livrer des médicaments « traditionnels » pour guérir. Au CT-Epi de Gbessia, l'interaction entre les patients et la Covid-19 s'apparente à une cohabitation constante avec le virus, dont il faut gérer les effets potentiellement néfastes. Dans ce contexte, la « charge virale » apparaît pour les patients comme une empreinte résiduelle néfaste qui augmente après contact avec une entité dangereuse – ici, le virus de la Covid-19. L'objectif principal des patients dans le CT-Epi est ainsi de tout faire pour diminuer et faire disparaître cette charge virale afin de pouvoir sortir. Cela passe notamment par l'évitement des potentiels contaminants : microbes, autres patients, eau de ménage, air extérieur, etc. L'enjeu est d'autant plus important que ces non-humains viraux habitent directement les humains, et qu'il faut donc inclure ces derniers dans les stratégies d'évitement. La gestion du risque viral passe donc par une gestion minutieuse des interactions entre humains et non-humains – spécifiquement les virus, au CT-Epi –, développant des stratégies, pratiques, récits, discours, comportements qui donnent vie et corps aux entités virales via la performance incorporée. Cela se traduit notamment par la désignation linguistique des maladies et virus, qui apparaissent comme des sujets : « La maladie m'a pris », « Ça va te prendre », « Corona est venu », « Corona n'a pas marché ici, alors ils ont rappelé son grand frère Ébola » [propos recueillis au sein du CT-Epi de Gbessia]. Ces derniers ne sont pas forcément personnifiés, mais acquièrent un caractère d'actants non humains ayant un pouvoir potentiellement néfaste pour les individus. Comme d'autres actants de ce type – animaux, génies, divinités –, certaines maladies sont renommées avec des noms elliptiques ou paraphrases dans les différentes langues locales : Diankaro Noni ou « sale maladie » pour la Covid-19 en maninkakan, gnon gnonwo ou « mauvaise maladie » pour Ébola en kpélè. Cette conceptualisation des virus et germes comme actants non humains est également due au monde (bio)médical (Jaffré, 2003) qui a construit l'hygiène hospitalière selon un modèle de pathocénose (Grmek, 1969) – une « communauté des maladies » ou un écosystème des maladies – qui décrit « les paysages hospitaliers, pour ainsi dire, du point de vue des germes » (Jaffré, 2003, p. 343). Les germes – et notamment les virus – constituent une partie du monde invisible occidental

exporté au niveau global, à la fois physiquement par les contaminations et ontologiquement par les discours et politiques de santé biomédicaux. Il s'agit d'êtres dont les interactions doivent être gérées avec précaution et prévention afin de se protéger du danger qu'ils représentent. L'intégration des virus issus du monde biomédical européen puis occidental dans la société guinéenne a donc contribué à créer un écosystème de répertoires ontologiques (Fairhead, 2016) que mobilisent conjointement les acteurs pour faire sens du monde et s'en protéger. Plus encore, ils se sont largement intégrés dans un système du soin et de la maladie qui a pour habitude de négocier avec l'invisible, les virus et germes étant désormais aussi porteurs de maux en Guinée qu'entre autres les génies, sorciers, animaux et esprits divers.

Gérer le risque épidémique : syncrétisme médical, répertoires et chorégraphies ontologiques

La gestion du virus de la Covid-19 par les patients du CT-Epi se fonde sur la prise de médicament, la purification par le lavage (nez, gorge) ou l'aération, la prière, l'élimination du virus dans la chambre et l'évitement de tout contaminant. Ces pratiques s'apparentent plus à une protection contre le mal dans son sens large – incluant le malheur et la maladie – qu'à une prévention ciblée contre la maladie. Ainsi, le concept de « contamination » issu de la biomédecine ne recouvre pas la diversité des conceptions locales de la maladie dans un pays où cette dernière ne se transmet pas seulement par un contact avec un individu malade, mais aussi par un contact mortifère ou impur (Bonnet, 2003), comme c'est le cas dans d'autres pays africains (Diallo, 2003 ; Caprara, 2000). Si la biomédecine est largement utilisée pour soigner les maladies, les origines de ces dernières sont souvent attribuées à des causes relevant d'un répertoire ontologique différent (Wilkinson & Fairhead, 2017) : fautes sociales, non-respect d'un tabou, colère d'un défunt ou d'un esprit, mauvais sort jeté par un sorcier (Zempléni, 1985). La protection contre le mal, plus large que la prévention des maladies, inclut ainsi des soins préventifs et curatifs issus aussi bien de la médecine traditionnelle (automédication, remèdes, remontants, etc.) que de la biomédecine, en passant par la pratique de l'islam, la propreté du corps et du foyer, le respect des règles sociales et l'évitement de comportements moralement impurs, le recours à Dieu. Comme l'explique Fairhead (2016, p. 12), les Guinéens piochent largement dans les divers répertoires ontologiques à leur portée afin de se soigner au mieux, et ce même si ces derniers apparaissent contradictoires, tant qu'ils peuvent en pratique les combiner « […] des modes de coexistence pratiques ont émergé, dans lesquels les incompatibilités culturelles ou ontologiques ne sont pas pertinentes[6] ». Médecine traditionnelle, médecine religieuse et biomédecine sont des moyens d'action et des ressources utilisées conjointement par les acteurs guinéens dans leur stratégie afin de naviguer au quotidien dans le contexte de la maladie. Cette coexistence simultanée de différents répertoires ontologiques quant aux diverses maladies et soins existants fait apparaître un syncrétisme de systèmes de perception du monde et des êtres selon le risque qu'ils représentent pour l'individu. Cependant, les crises épidémiques et les modèles de riposte qu'elles engendrent constituent des moments de rupture, car elles réduisent les possibilités des acteurs de mobiliser cette multitude de répertoires ontologiques pour se soigner et faire sens de la maladie (Fairhead, 2016). Cela peut entraîner des résistances de la part des populations envers les mesures barrières et de prévention et un durcissement des discours ontologiques, qui se définissent désormais en opposition – « biomédecine » versus « ethnomédecine » – et contribuent à polariser les identités sociales autant que les savoirs (Attas et al., 2021). Dans le cas de l'épidémie d'Ébola en 2014-2016 en Guinée, on a assisté ainsi à la prolifération de rumeurs (Bannister-Tyrrell et al.,2015), de réticences (Fribault, 2015 ; Somparé, 2020) et de conflits entre les différents tenants de ces répertoires ontologiques. Ces différentes négociations, traductions et articulations des répertoires ontologiques peuvent être analysées en termes de chorégraphies ontologiques, soit « un assemblage savamment équilibré de choses qui sont généralement considérées comme faisant partie de différents

6 Traduction personnelle de la phrase source en anglais : "… modes of practical coexistence have emerged in which any cultural (or ontological) incompatibilities are not relevant" (Fairhead, 2016, p. 12).

ordres ontologiques (une partie de la nature, une partie de soi, une partie de la société[7]) » (Thompson, 2005, p. 8). Le Marcis (2022), en lien avec la santé globale et la préparation aux épidémies futures, explique que :

> « La notion de chorégraphie invite à saisir comment différents régimes ontologiques pensent le risque (Descola, 2005), entrent en contact, collaborent et/ou entrent en friction au sein de ces plateformes. […] Analyser les “chorégraphies ontologiques” qui résultent de ces rencontres permet d'interroger les conditions dans lesquelles les collaborations sont possibles entre différents mondes dans le domaine de la santé globale ».

Les outils théoriques ontologiques permettent ainsi d'observer comment, dans le domaine de la santé en Guinée, ces chorégraphies se donnent à voir au travers des appropriations, traductions, transformations et réticences qui affleurent dans les pratiques et discours des acteurs locaux. Cela est particulièrement vrai pour les temps épidémiques, notamment avec Ébola et Covid-19, qui ont fait se rencontrer de multiples discours ontologiques via la mise en place de systèmes de riposte formalisés issus des institutions de santé nationales et globales (Somparé, 2020 ; Mbaye et al., 2017).

Conclusion

Alors que de nombreux discours prévoyaient l'effondrement sanitaire de l'Afrique avec la pandémie de Covid-19 (Bonnet et al., 2021), la catastrophe annoncée n'a pas eu lieu. Au contraire, la pandémie a contribué à remettre en question l'idée de systèmes de santé défaillants en Afrique au regard des difficultés rencontrées par les pays les plus développés. Elle a également permis au continent de faire valoir ses savoirs spécifiques en termes de compétences épidémiques et de systèmes thérapeutiques. Cet article analyse l'application des modèles de ripostes épidémiques sur le territoire guinéen lors de l'épidémie de Covid-19 et interroge les décalages souvent visibles entre ces modèles et les pratiques réelles de prise en charge et de gestion épidémique observées sur le terrain.

L'axe théorique utilisé ici soutient l'intérêt d'une approche ontologique africaniste, en particulier sur les questions des épidémies, de la maladie et des soins. Dans un contexte guinéen marqué par une multitude de discours ontologiques en constantes frictions, elle met en lumière les normes pratiques et la mobilisation de différents répertoires ontologiques par les acteurs au sein de ces chorégraphies permettent le fonctionnement pratique du monde vécu et autorisent à sortir de l'image de systèmes africains dysfonctionnels et défaillants pour donner à voir les mondes dans lesquels ces normes sont pertinentes. Elle montre également comment les virus, comme d'autres actants non humains, sont construits ontologiquement et, via leur mise en circulation à la fois physique et discursive, subissent des transformations, traductions, appropriations par les contextes locaux.

Remerciements

Je tiens à remercier Frédéric Le Marcis, responsable du volet sciences sociales du Projet de recherche-action en appui à la riposte africaine à l'épidémie de Covid-19 (ARIACOV) en Guinée, sans qui cette recherche n'aurait pas eu lieu, ainsi que toute l'équipe du Centre de recherche et de formation en infectiologie de Guinée (CERFIG). Je souhaite également remercier les évaluateurs anonymes et le comité de rédaction pour leur accompagnement et leurs commentaires, ainsi que Benjamin Frerot pour la lecture de la première version de ce texte. La recherche reposant sur un collectif de pairs et de chercheurs, cet article n'aurait pas pu atteindre sa forme finale sans leurs apports et réflexions.

7 Traduction personnelle de la phrase originale en anglais : *ontological choreographies are “a deftly balanced coming together of things that are generally considered parts of different ontological orders (part of nature, part of the self, part of society)”* (Thompson, 2005, p. 8).

Bibliographie

Adji, A. (2009). *Traditions et philosophie : Essai d'une anthropologie philosophique africaine*. l'Harmattan.

Archambault, J. S. (2020). Rêves de béton et ontologies relationnelles dans une banlieue mozambicaine (note de recherche). *Anthropologie et Sociétés*, *44*(1), 203-214. https://doi.org/10.7202/1072775ar

Attas, F., Curtis, M.-Y., & Koniono, G. L. (2022). Ethnographies sous traitement : Enquêter en tant que patients pendant l'épidémie de covid-19 en Guinée. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (27). https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.13028

Attas, F., Keïta-Diop, M., Curtis, M.-Y., & Le Marcis, F. (2021). Discours radiophoniques, cartographies épidémiques et représentations locales de la COVID-19 en Guinée. *L'Espace Politique. Revue en ligne de géographie politique et de géopolitique*, *44*(2). https://doi.org/10.4000/espacepolitique.10007

Balandier, G. (1951). La situation coloniale : approche théorique. *Cahiers internationaux de sociologie*, (12), pp. 44-79. https://doi.org/10.3917/cis.110.0009

Balandier, G. (1952). Contribution à une sociologie de la dépendance. *Cahiers internationaux de sociologie*, (12), pp. 47-69.

Bannister-Tyrrell, M., Gryseels, C., Delamou, A., D'Alessandro, U., van Griensven, J., Grietens, K. P., & Ebola_Tx Trial Platform. (2015). Blood as medicine: Social meanings of blood and the success of Ebola trials. *Lancet (London, England)*, *385*(9966), 420. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62392-8

Bataille, G. (1929). Dictionnaire critique [Rubrique], Documents.

Bardosh, K. (2016). *One health: Science, politics and zoonotic disease in Africa*. Routledge.

Bidima, J.-G. (1995). *La philosophie négro-africaine*. PUF.

Blaser, M. (2014). Ontology and indigeneity: on the political ontology of heterogeneous assemblages. *Cultural geographies*, *21*(1), 49-58.

Bonnet, D. (2003). Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest, une question anthropologique. Dans D., Bonnet, , & Y., Jaffré (dirs) (2003). *Les maladies de passage : Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*. Karthala, pp. 5-26.

Bonnet, E., Bodson, O., Le Marcis, F., Faye, A., Sambieni, N. E., Fournet, F., Boyer, F., Coulibaly, A., Kadio, K., Diongue, F. B., & Ridde, V. (2021). The COVID-19 pandemic in francophone West Africa : From the first cases to responses in seven countries. *BMC Public Health*, *21*(1), 1490. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11529-7

Caprara, A. (2000). Transmettre la maladie. Représentations de la contagion chez les Alladian de la Côte-d'Ivoire. Karthala, Coll. Médecines du Monde, 213 p., réf. *Anthropologie et Sociétés*, *25*(2), 184-186. https://doi.org/10.7202/000250ar.

Chandler, D., & Reid, J. (2018). 'Being in Being' : Contesting the Ontopolitics of Indigeneity. *The European Legacy*, *23*(3), 251-268. https://doi.org/10.1080/10848770.2017.1420284.

Comaroff, J. L., & Comaroff, J. (dirs.). (2000). *Civil Society and the Political Imagination in Africa : Critical Perspectives*. University of Chicago Press. https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/C/bo3624192.html

Copans, J. (2007). Les frontières africaines de l'anthropologie. Un demi-siècle d'interpellations. *Journal des anthropologues*, *110-111*(3-4), 337-370. https://doi.org/10.4000/jda.2499.

Deléage, J.-P. (1991). *Une histoire de l'écologie*. La Découverte.

Deliège, R. (2006). Une histoire de l'anthropologie. Écoles, auteurs, théories. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, *38*(1), Article 1. https://doi.org/10.4000/rsa.537.

Descola, P. (2005). *Par-delà nature et culture*. Gallimard.

Diallo, Y. (2003). Conceptions populaires soso de la transmission des maladies et pratiques de prévention en Guinée maritime. Dans D., Bonnet, & Y., Jaffré (dirs) (2003). *Les maladies de passage : Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*. Karthala, pp. 101-129.

Durkheim, É., & Mauss, M. (1903). De quelques formes primitives de classification: contribution à l'étude des représentations collectives. *L'Année sociologique (1896/1897-1924/1925)*, *6*, pp. 1-72.

Evans-Pritchard, E. E. (1937). *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. Oxford University Press. https://ehrafworldcultures.yale.edu/cultures/fo07/documents/071

Fairhead, J. (2016). Understanding social resistance to the Ebola response in the forest region of the Republic of Guinea: an anthropological perspective. *African Studies Review*, *59*(3), 7-31.

Fribault, M. (2015). Ebola en Guinée : violences historiques et régimes de doute. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (11).

Gomez-Temesio, V., & Le Marcis, F. (2017). La mise en camp de la Guinée : Ebola et l'expérience postcoloniale. *l'Homme*, pp. 57-90.

Griaule, M. (1934). *Conversations with Ogotemmêli: An introduction to Dogon religious ideas*. International African Institute.

Grinker, R. R., Lubkemann, S. C., Steiner, C. B., & Gonçalves, E. (2019). *A Companion to the Anthropology of Africa*. John Wiley & Sons.

Gruzinski, S., & Bernand, C. (1992). La Redécouverte de l'Amérique. *Homme*, *32*(122), 7-38.

Jackson, J. E., & Warren, K. B. (2005). Indigenous movements in Latin America, 1992–2004: Controversies, ironies, new directions. *Annu. Rev. Anthropol.*, *34*, pp. 549-573.

Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Karthala.

Jaffré, Y. (2003). Anthropologie et hygiène hospitalière. Dans D., Bonnet, & Y., Jaffré (dirs.) (2003). *Les maladies de passage : Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*. Karthala, pp. 341-373.

Henare, A., Holbraad, M., & Wastell, S. (2006). *Thinking through things: theorising artefacts ethnographically*. Routledge.

Ingold, T. (1996). *Key debates in anthropology*. Routledge.

Ingold, T. (2006). Rethinking the animate, re-animating thought. *Ethnos*, *71*(1), 9-20.

Laplante, J. (2014). Médecine autochtone sud-africaine (muti) et innovation biopharmaceutique : connaître l'umhlonyane. *Anthropologica*, pp. 151-162.

Latour, B., & Woolgar S. (1979). Laboratory Life: the Construction of Scientific Facts, chap. 4., "The Microprocessing of Facts". *Princeton Press*.

Latour, B. (1991). *Nous n'avons jamais été modernes : essai d'anthropologie symétrique*. La Découverte.

Le Marcis, F., (2003). Prévention et contagion des maladies animales en milieu peul. Dans D., Bonnet, & Y., Jaffré (dirs) (2003). *Les maladies de passage : Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*. Karthala, pp. 311-338.

Le Marcis, F. (2021). наука и жизнь (Science and life.) Russian-Guinean scientific cooperation looking for viruses in the sub-prefecture of Madina Oula (1980–1990). *Communication], Apr*, *29*.

Le Marcis, F. (2022). Se préparer aux épidémies ? Généalogie de la preparedness et chorégraphies ontologiques de la surveillance. À propos de Andrew Lakoff, Unprepared. Global Health in a Time of Emergency (2017). *University of California Press*.

Malinowski, B. (1935). *An ethnographic theory of the magical word.* (Vol. 2). American Book Company.

Mbaye , M. E., Kone, O., E., Ka, S., & Mboup, S. (2017). Évolution de l'implication des communautés dans la riposte à Ebola. *Santé publique*, *29*(4), 487-496.

Mbiziantouari, H. (2021). Penser la philosophie africaine du muntu : de l'onto-temporalité à la conscience historique : herméneutique d'une anthropologie du transcendant. *Penser la philosophie africaine du muntu*, pp. 1-303.

Meillassoux, C. (1975). *Femmes, greniers et capitaux*. Maspero.

Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.

Nef, F., & Schmitt, Y. (dirs.) (2017). Ontologie. *Identité, structure et métaontologie.* Vrin.

Olivier de Sardan, J. P. (1995). Anthropologie et développement : essai en socio-anthropologie du changement social. *APAD ; Karthala*.

Olivier de Sardan, J. P. (2001). La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest. *Autrepart*, (4), pp. 61-73.

Olivier de Sardan, J. P. (2010). Développement, modes de gouvernance et normes pratiques (une approche socio-anthropologique). *Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement*, *31*(1-2), 5-20.

Olivier de Sardan, J. P. (2021). *La Revanche des contextes : Des mésaventures de l'ingénierie sociale en Afrique et au-delà*. Karthala.

Packard, R. M. (2016). A history of global health: interventions into the lives of other peoples. *Johns Hopkins University Press*.

Person, Y. (1971). L'Anthropologie et l'histoire africaine. *Canadian Journal of African Studies/La Revue canadienne des études africaines*, *5*(1), 1-17.

Redford, K. H. (1990). The Ecologically Noble Savage. *Orion Nature Quarterly*, *9*(3), 24-29.

Rouch, J. (1947). Au pays des mages noirs. *Centre national de la cinématographie*.

Somparé, A. W. (2017). La politique et les pratiques de santé en Guinée à l'épreuve de l'épidémie d'Ebola : le cas de la ville de Conakry. *Lien social et Politiques*, (78), pp. 193-210.

Somparé, A. W. (2020). L'énigme d'Ebola en Guinée : une étude socio-anthropologique des réticences. *L'énigme d'Ebola en Guinée*, pp. 1-266.

Thompson, C. (2005). *Making parents: The ontological choreography of reproductive technologies*. MIT press.

Tylor, E. B. (1871). *Primitive culture: Researches into the development of mythology, philosophy, religion, art and custom* (Vol. 2). John Murray.

Tantchou, J. (2021). *Portrait d'hôpital, Cameroun*. Karthala.

Viveiros De Castro, E. (2007). The crystal forest: notes on the ontology of Amazonian spirits. *Inner Asia*, *9*(2), 153-172.

Viveiros De Castro, E. (2009). *Métaphysiques cannibales : lignes d'anthropologie post-structurale*. PUF.

Wilkinson, A., & Fairhead, J. (2017). Comparison of social resistance to Ebola response in Sierra Leone and Guinea suggests explanations lie in political configurations not culture. *Critical Public Health*, *27*(1), 14-27.

Zempléni, A. (1985). La "maladie" et ses "causes". *L'Ethnographie*, *96-97*(2-3), 13-44.

Epidemics in Guinea: From Infectious Politics to Viral Ontologies

Fanny Attas
PhD candidate in anthropology, Guinea / ENS Lyon (Triangle), IRD (TransVIHMI)
Centre for Research and Training in Infectiology of Guinea (CERFIG).
fanny.attas@ens-lyon.fr

How to cite this paper:
Attas F., (2022). Epidemics in Guinea: From Infectious Politics to Viral Ontologies.
Global Africa, (2), pp. 160-170.
https://doi.org/10.57832/c3tw-z313

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

Abstract

The present article examines the application of epidemic response models on Guinean territory during the Covid-19 pandemic and questions the observable divergence between said models and implemented caregiving and epidemic management practices. Firstly, the article examines how barrier measures (masks, distancing) collide and challenge healthcare workers' "practical norms" in healthcare centres. Through this, the study aims to break with prevailing notions of Guinean – and more widely African – health care systems as dysfunctional, as well as with the interpretation that healthcare workers' and the general public's non-compliance with protective measures represents resistance or reluctance. Secondly, this paper explores how the ontological approach enables the examination of processes including translation, adaptation and appropriation during the implementation of epidemic management models by healthcare workers and the local public. Thirdly, the paper analyses how, through the mobilization of various tactics and ontological repertoires, patients manage epidemic risk in treatment centres (CT-Epi) and navigate the invisible world of viruses. Through the analysis of the Covid-19 response in Guinea, and drawing on an innovative ontological approach in Africanist anthropology, this paper aims to reconsider former theories and concepts relating to the supposed failures of African systems and to propose new axes of analysis for African contexts.

Keywords

Guinea, Covid-19, Anthropology, Ontology, Virus

Introduction

Guinea's long history of epidemics (Le Marcis, 2021), in association with recent outbreaks and resurgences[1] and a fragile healthcare system, has contributed to making the country a priority for global health organizations and epidemic surveillance policies. The 2013–2016 and 2021 Ebola outbreaks, as well as the Covid-19 pandemic that started in 2020, allowed for the implementation of formalized epidemic response models (Gomez-Temesio & Le Marcis, 2017) and epidemic surveillance networks by international[2] and national[3] organizations. In fact, national healthcare organizations significantly contributed in the expansion of globally accepted healthcare practices and discourses throughout Guinea. However, while response models may appear as neutral and apolitical (Bardosh, 2016), they do contain specific conceptions of disease, the body, care and viruses from modern biomedicine (Bonnet, 2003) that differ from local conceptions. When formally applied during epidemic resurgences or surveillance phases, these models penetrate Guinean local society and import discourses that are ontologically situated despite their apparent universality. They then enter into negotiation with local actors and their own ontological repertoires (Fairhead, 2016).

Coming from philosophy before being reinterpreted and used in anthropology at the end of the 20th century (Nef & Schmitt, 2017), ontology[4] relates to "being" and the existing. Descola (2005 , p. 176) therefore defines ontology as "systems of the properties of existing beings; and these serve as a point of reference for contrasting forms of cosmologies, models of social links, and theories of identity and alterity". In anthropology, numerous authors draw on the ontological approach to account for the multiplicity of worlds and beings. If some postulate that the world is intrinsically multiple (Descola, 2005), others propose to grasp the radical alterity of these worlds (Chandler & Reid, 2018) via a fluid and contextual conceptualization (Fairhead, 2016) of ontologies as performances (Mol, 2002). The ontological approach constitutes a methodological tool to ask ontological questions (Holbraad & Pedersen, 2017).

This article analyses the application of epidemic response models on the Guinean territory during the Covid-19 epidemic and questions the often-visible divergence between these models and actual epidemic management practices observed in the field. The study aims to break with prevailing notions of Guinean – and more widely African – health care systems as dysfunctional (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003), as well as with the interpretation that healthcare workers' and the general public's non-compliance with protective measures represents resistance or reluctance (Somparé, 2020).

The article thus explores how Covid-19 management measures, supposed to be enforced by frontline healthcare workers, conflict with their actual practical norms (Olivier de Sardan, 2010). It offers to analyse these frequent discrepancies not in terms of failures, but as processes of translation, appropriation, transformation and rejection at work when different worlds, embedded within local and biomedical discourses, encounter in the field. Second, this paper highlights the relevance of an ontological approach applied to African contexts – yet little developed on the continent – and demonstrates how this renewed theoretical approach enables to examine such contexts from a fresh perspective. Doing so, it aims to question discourses produced on Africa that continue to inscribe the continent within power relations and hierarchies with another epistemic referential – formerly European, now Western. Third, this article re-examines the Covid-19 crisis in Guinea in the light of the ontological approach. Thus, it analyses how disease and viral risk management translates, within the CT-Epi in Guinea, into a constant negotiation between humans and viruses, via avoidance and cleansing tactics that give substance to the invisible virality. This negotiation transforms viruses into acting non-humans and results in patients mobilizing various and often contradictory ontological repertoires to cure themselves and to make sense of illness.

1 Among others, Ebola, Covid-19, and the Marburg and Lassa fevers.
2 Médecins sans frontières (MSF), Alliance for International Medical Action (ALIMA), Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), etc.
3 Agence nationale de sécurité sanitaire, Institut national de santé publique, ministère de la Santé.
4 From ancient Greek ontos, "being", and logos, "discourse, treatise".

This article draws on an ethnographic study led in Guinea from December 2020 to December 2021 within the ARIACOV research project ("Supporting African response to Covid-19 epidemics[5] "). Using participant observation and formal and informal interviews, I led fieldwork in two health facilities: an improved health centre (or CSA) integrating a basic surgery unit in the region of Forécariah, and the Gbessia Epidemic Treatment Centre (or CT-Epi) which treated Covid-19 patients in Conakry. My research at the CSA focused on the relations between healthcare workers, viruses and protective measures during the pandemics, on a cumulative period of two months (December 2020, July 2021, December 2021). At Gbessia CT-Epi, where I entered as a Covid-19 patient during the month of February 2021, I investigated the daily practices of viral risk management deployed by Covid-19 patients..

Rethinking dysfunctions, failures and reluctances

Dysfunctional healthcare systems, practical norms and non-compliance with protective measures

> "Here, we don't like masks. It is better to not wear it. There were demonstrations against it and, since then, it is not well seen to have one".

Ms. Camara[6], the midwife, gave me a heavy look while I put the surgical mask in my bag. It was December 2020, the 9th, in the midst of a Covid-19 wave, and though protective measures were supposed to be enforced throughout the country – as per a presidential decree – nobody was wearing a mask or respecting social distancing at the CSA. For several days, I had been leading fieldwork in the maternity ward alongside midwives, doctors, technical health assistants (ATS) and hospital cleaners. At the height of the epidemic, we shared the same food, eating with our right hand in the same plate, and we all slept in the same staff room. I got lucky as I shared a mattress on the floor with the head midwife, while trainees shared a second bed, a mat, or slept on benches or exam tables. No one followed social distancing rules, nor wore a mask. If we had, it would not have been possible to eat or sleep at the CSA considering the CSA's layout and the healthcare workers' management practices. Lack of space did not allow for physical distancing for either healthcare workers or patients. Moreover, in a healthcare system in which a majority of healthcare workers are considered as "trainees" and therefore not paid, it was the full-time staff that provided meals for the night shift team in a shared plate. Commensality and promiscuity are thus constant features of healthcare centres in Guinea, as is the lack of medical material. The gynaecologist entered the labour room and scolded a midwife:

> "You, there, you do not have the equipment! You don't even have a mask, whereas we are in an epidemic! You don't even wear the whole gown: you need the trousers too, a wrapper like that, it is not possible!"

He turns to me and adds:

> "Here, no one respects protective measures. Not even the doctors. People say that Corona is for the White, for the Rich. They trust that, for them, in their fields, nothing can happen! So they don't wear a mask".

Thus, standards set by national and international health organizations strongly differ from actual practices observed at the CSA. This gap applies to healthcare procedures as much as IPC (Infection Prevention and Control) and hygiene standards or epidemic response measures. If these specific flaws can be interpreted as poor practices from the part of healthcare workers, they actually manifest a greater precarity of the Guinean healthcare system, which is is defined by shortage in medical resources and clientelist relationships between healthcare workers and patients. A large majority of healthcare professionals are not officially employed by the State and work as unpaid trainees, up to ten or fifteen

5 Funded by the French Agency for Development (AFD) in the 'Covid-19 – Health in common' initiative and carried by the French Institute for Sustainable Development (IRD), the ARIACOV research project is led in Guinea by the Guinean Research and Formation Centre in Infectiology (CERFIG). Its social science component, named "Ebola's shadow on the SARS-COV-2 epidemic: Analysis of public policies, actors' practices and local representations of Covid-19 for a better response to the pandemic in Guinea" is directed by Prof. Frédéric Le Marcis.

6 Informants' names have been modified in the article to maintain their anonymity.

years for some, a status that does not reflect their actual work within the hospital. In this context, most healthcare workers charge patients for state-funded care (e.g. caesareans, vaccinations) and illicitly sell medications, competing with the official hospital pharmacy. While these practices – common to other healthcare structures in West Africa (Jaffré, 2003; Tantchou, 2021) – may seem as corruption (Olivier de Sardan, 2010), the caregivers' objective is less to extort money from the patients than to guarantee they manage to do their work and provide care in a context defined by a lack of material and financial resources and by the non-recognition of their status by the State. These "practical norms", differing from official standards issued by institutions, are analysed by Olivier de Sardan (2010) as the product of a local professional culture (2001) and as the result of translations and appropriations of official norms by local actors – these official norms encountering and sometimes clashing with local contexts and realities (2010). The discrepancies between local contexts and institutional norms frequently lead to a "revenge of contexts" (Olivier de Sardan, 2021), occasionally resulting in official standards being impossible to implement – as it was the case with Covid-19 epidemic response measures at the CSA.

At the crossroads of multiple worlds: from " failed " Africa to ontological innovations

In Africa, the divergence between practical norms in the field and official standards is often perceived in terms of failures, malfunctions, or as evidence of a "failed" state (Gaulme, 2011) – drawing on an evolutionist perspective that is not social but political. In Guinea, healthcare system deficiencies are largely accepted as indisputable facts (Somparé, 2017). However, it is necessary to question this assumption, and more broadly, the assumption that African States and Africa in general are failed, which generates and perpetuates unequal power relations between different actors and their respective worlds. It is crucial to go beyond the demonstration of practical norms' non-compliance with official standards and of the failure of the Guinean healthcare system in comparison with a global model designed by institutions. To do so, I propose to analyse the actual contexts in which these norms are practiced and relevant in order to account for local contexts and reclaim their epistemic legitimacy. Thus, far from resulting from systemic failures – a conceptual framework that reinforces the notion of a unique referential and, consequently, of African contexts that do not "work properly" – these divergences can be analysed as products of encounters between global institutional standards and local ways of being in the world. They emerge from processes of appropriation, transformation, and rejection at work when different worlds encounter to define a common reality. Therefore, practical norms constitute practices and discourses that allow encounters of these worlds to work "in practice" and generate a new hybrid world – an "ontological innovation" (Thompson, 2005) – in which actors navigate and which "works" despite its internal contradictions. In Guinea, the practical norms of healthcare workers do not result from a frail healthcare system, but from the internal working of a healthcare system in constant negotiation between global models and local contexts. These contexts are defined by lack of resources and a crisis of confidence between the population and State actors in general (Attas et al., 2021).

Thus, in order to move away from a biased and negative view of a failed Africa (politically, economically, and in its healthcare systems), I rely on an ontological approach to explore from a fresh perspective practical modalities of epidemic risk management by local populations and healthcare professionals. Constituting a paradigm shift from previous theoretical approaches, the ontological approach aims to elevate cultures and their specific beings (humans and non-humans) in valid and coexistent worlds. Far from considering cultures as specific interpretations of a unique reality (Henare et al., 2006), the ontological approach draws on the idea that alternative realities coexist as worlds in themselves. However, this approach and the paradigm change it represents – by challenging and questioning knowledge systems hierarchy and the domination of a modern Western reality that has become global – have been rarely utilised to analyse the African continent. Indeed, the ontological turn is the specific product of an anthropology that has largely developed in Latin America due to its particular political and epistemic history, which differs to that of Africa. Both continents have given rise to different anthropological traditions and currents – with their own specific themes – reflecting their political, cultural, and economic history as much as the ways in which they have been conceptualized by colonial powers and Western thinkers.

The relevance of an ontological approach in Africa

The ontological turn: Between colonial epistemologies and anthropological traditions

Anthropology developed in the 19th century as a science and a discipline in a colonial context defined by the discovery of "primitive people" (Deliège, 2006) and alterity. One of its founding theories was social evolutionism (Tylor, 1871), which ranked different human societies on a hierarchical scale of evolution. In this context, first works on Africa presented primitive and timeless societies frozen in an immutable past (Grinker et al., 2019) and focused on specific themes reflecting this view: witchcraft, kinship, religion, disease and care, economy and art. At the same period, Americanist anthropology focused on indigenous peoples, antiquities (via archaeology and history in particular) founding myths, and warfare in societies associated with ancient civilizations having written and printed sources (Gruzinski & Bernand, 1992). While many countries in the Americas gained independence in the first half of the 19th century and became sovereign states, Africa remained part of the European colonies until the 1960s. In the early 20th century, European researchers such as Mauss and Durkheim (1903), Malinowski (1935), and Evans-Pritchard (1937) challenged the hierarchy of knowledge systems and societies induced by social evolutionism. Other authors, especially French surrealist anthropologists, ultimately discarded the socio-evolutionist approach. Ethnographers such as Rouch (1947), Griaule (1934) and Bataille (1929) deconstructed and questioned the concepts of normality, reality, and truth in the Western world. Rejecting the a-historical approach of Africa, European and African authors asserted the inclusion of the continent into global modernity (notably Balandier, 1951, 1952): Africanist anthropology turned to a historical (Person, 1971) and dynamist perspective to study social change (Grinker et al., 2019). Simultaneously, Marxism spread over the continent, finding a strong resonance among many authors – Senghor, Nkrumah, Cabral, Nyerere, Diop, Traoré, Nda, Rauche (Bidima, 1995). In the 1960s and 1970s, Marxist anthropology, led by Meillassoux in Africa (1975), rose and focused particularly on the study of modes of production, the economy, the treatment of women and slavery. At the same period, Americanist anthropology, in connection with the contemporary political and economic history of the Americas, examined political processes and State formation, military regimes and democratization processes, urbanization and peasant classes, as well as environmental changes (Gruzinski & Bernand 1992).

With the 1960s and the beginning of decolonization processes, numerous authors challenged and questioned anthropology as a colonial science, producing a critique of modernity and its system of knowledge (e.g., Latour & Woolgar, 1979). As a result, new research themes emerged in Africanist anthropology, including mobility and displacement, urbanism, political violence, armed conflict, and new forms of belonging (Grinker et al., 2019). For its part, Americanist anthropology renewed its interest in indigenous communities, their ways of living and ritual practices. By the 1980s, the politicization of indigenous communities from the Americas gained momentum at national and international levels (Langdon, 2016; Blaser, 2014). Their ways of life and knowledge systems aligned with global ecological themes (Jackson & Warren, 2005; Deléage, 1991) and consequently, they progressively gained legitimacy and validity as models and viable solutions for environmental crisis management (Redford, 1990; Chandler & Reid, 2018). With this change of perspective, innovative anthropological currents and approaches developed in these new contexts, such as perspectivism (Viveiros de Castro, 2007, 2009) and the following ontological turn. Indeed, many anthropologists – among others, Latour (1991), Ingold (1996, 2006), Viveiros de Castro (2007, 2009), Descola (2005) – developed an ontological approach in the 1990s–2000s, inspired by postmodernism in anthropology and by the pre-eminence of issues around nature and the environment in the late-20th-century-globalized world. Their approach questioned the modern naturalist world's distinction between nature and culture and theorized the possibility of alternative, valid, and co-existing realities within human societies.

Infectious ontologies and medical epistemologies in Africa

While African philosophers relied on ontology in their work, including Kwasi Wiredu and Henry Odera Oruka (Bidima, 1995), Africanist anthropologists rarely used the concept – with a few exceptions (such as Fairhead 2016; Wilkinson & Fairhead, 2017; Laplante, 2014; Archambault, 2020; Adji, 2009; Thomas, 1968; Mbiziantouari, 2021). Contrary to Latin America, anthropology in Africa turned to political science in the 1980s (Copans, 2007), focusing on the study of the organizational and operational modes of development (Olivier de Sardan 1995, 2001), healthcare (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003) and civil society (Comaroff & Comaroff, 1999). Therefore, local contexts were not re-examined from an ontological perspective. The intent of an Africanist ontological approach is thus to reconsider well-known fieldwork from a new perspective and to deconstruct and challenge domination, power relations and hierarchies between different worlds and epistemologies – particularly between African contexts and the rest of the world. Therefore, the objective is not to import and impose the ontological approach as conceptualized by Americanist anthropologists, but to investigate African local realities from an ontological perspective. In a context of epidemic crisis and ontological frictions between the various actors from distinct worlds, it is thus necessary to question how structural contexts contribute to build local ontologies as much as they are shaped by them. To do so, I propose to revisit the history of medical epistemology in Africa in order to contextualize current practices of epidemic management in historical, geographical, political and ontological terms.

According to Bonnet (2003), conceptions of the body, health and ill(ness) – "illness" as well as "misfortune" in a broader sense – are the result of a long history in Africa, influenced by several philosophical and theoretical currents that have spread across the continent – such as Islam, Pasteurian theories, biomedicine, among others. Similarly, Western concepts of "health" and "disease" are the product of a long European – and later, Western – history. They have spread globally through colonization and globalization processes, being widely exported to other contexts. As Packard (2016) explains, global health interventions developed in the continuity of colonial medicine and outside of donor countries. It instituted and reinforced a hierarchy of health at global level, with Northern countries providing medical resources (material, funding and technologies) to the Global South. However, modern biomedical discourse is far from being a technological progress detached from any symbolic or ideological meaning (Bonnet, 2003). On the contrary, it is a specific theory of social relations and being – as are local discourses of care and illness (Le Marcis, 2003) – focusing on bacteria, microbes, viruses, parasites, etc. This ontological epistemology – in the sense that it defines existence, the world and beings that inhabit it – encounters other existing local worlds and results in a phenomenon in which actors negotiate daily to make sense of the world, illness, and the ways they can protect themselves from it.

Revisiting the Covid-19 pandemic from an ontological perspective

Negotiating with the invisible: Covid-19 in Guinea

Ms. Diallo left the mop against the wall and wiped her forehead before arranging her surgical mask on her mouth and nose. It was February 22, 2021, and I had been hospitalized for five days at Gbessia CT-Epi with a Covid-19 positive test but no symptoms. Outside the CT-Epi, the population was anxious as the government had announced the resurgence of the Ebola epidemic in the Forest region on February 14. Since I arrived, Ms. Diallo had refused to allow a hospital cleaner enter and clean the room: she moped and bleached the room herself daily.

> "I don't want them to clean here: they go into rooms with very sick patients and then they come here [to clean] with the same water. They come and re-contaminate us and this is how people end up staying here so long", she explained.

Moreover, since my arrival, she had been sharing pieces of advice and tips with me so that I can test negative and be able to leave the CT-Epi as soon as possible. According to her, and to most patients on the asymptomatic wing, in order to get discharged, it was necessary to reduce one's viral load and to avoid "more" contamination. Thus, Ms. Diallo refused to hang her laundry in the CT-Epi courtyard. She sent it home to be washed and dried because "outside, laundry can get other germs and, after, you contaminate yourself with it". She washed her hands when she returned to our room and she prayed to God to heal us faster. Other patients rinsed their noses with herbal remedies or toothpaste before their Covid-19 testing, so "the virus does not stay in your nose". Ms. Diallo complained:

> "We are almost cured and they add a new patient [in the room] who comes with the disease. Doesn't it contaminate us again or make us last longer with the virus?"

All patients at the CT-Epi wore a surgical mask 24/7 in order to not increase their viral load with newcomers, but also to avoid other viruses such as tuberculosis. Some took the prescribed treatment while others prefered to have "traditional" medication[7] delivered to them.

At the CT-Epi, the interaction between patients and Covid-19 unfolds in a constant cohabitation with the virus, whose negative impacts must be managed. In this context, the "viral load" appears for the patients as a damaging residual imprint that increases after a contact with a dangerous entity – here, Covid-19 virus. Thus, the main objective of patients is to do everything in their power to reduce and eliminate this viral load in order to be discharged from the CT-Epi. To do so, they implement tactics of avoidance in relation to potential contaminant sources such as other patients, cleaning water, outside air, etc. These interactions are particularly challenging to manage as viral non-humans directly inhabit and cohabit with humans – here, the patients – and therefore these latter must be included within avoidance strategies. Managing viral risk thus involves a meticulous supervision of interactions between humans and non-humans – specifically viruses in the CT-Epi – and results through performativity in the crafting of strategies, practices, narratives, discourses, and behaviours that give life and substance to viral entities.

This is particularly visible in the linguistic designation of diseases and viruses, which are referred to as acting subjects: "Illness took me", "It is going to take you", "Corona came", "Corona did not work here so they called back his big brother Ebola" [interviews at Gbessia CT-Epi]. These acting subjects are not necessarily personified, but they acquire characteristics of acting non-humans with a potentially harmful agency and power for individuals. As other acting beings of this type – animals, genies, spirits, deities – some diseases are renamed with elliptical names or paraphrases in different local languages: diankaro noni or "dirty illness" for Covid-19 in Maninkakan, gnon gnonwo or "bad illness" for Ebola in Kpèlè. This conceptualization of viruses and germs as acting non-humans can also be ascribed to the (bio)medical world (Jaffré, 2003), which shaped hospital hygiene according to a pathocenosis model (Grmek, 1969) – a "community of diseases" or an ecosystem of diseases – that describes "hospital landscapes, so to speak, from the point of view of germs" (Jaffré, 2003 , p. 343). Germs – and especially viruses – constitute a part of the Western invisible world, exported at global level both physically through contaminations and epidemics and ontologically through biomedical discourses and health policies. They are beings whose interactions must be managed with caution and prevention in order to be protected from the dangers they represent. Integrating viruses from the European then Western biomedical world into Guinean society thus contributes to create an ecosystem of ontological repertoires (Fairhead, 2016) that actors jointly mobilize in order to make sense of the world and to protect themselves from its dangers. Moreover, these viruses are incorporated in a local system of health and illness that is used to negotiate with the invisible – viruses and germs being now as harmful in Guinea as genies, witches, animals and other spirits.

7 Mainly herbal decoctions and remedies (for drinking or washing use) made by tradipracticiens or traditional doctors – refering to a medical epistemology previous to modern biomedicine.

Managing epidemic risk: medical syncretism, ontological repertoires and choreographies

Managing Covid-19 virus in the CT-Epi for patients involves taking medication, purifying oneself through cleansing (nose, throat) or ventilation, praying, eliminating the virus from the room and avoiding all potential contaminants. These practices constitute a protection

against ill in its broadest sense – including illness and misfortune – rather than a targeted prevention against a specific disease. Thus, the biomedical concept of "contamination" does not cover the diversity of local conceptions of illness in a country where this latter can be transmitted not only through contact with a sick individual but also through deadly or impure contact (Bonnet, 2003) – as it is the case in other African countries (Diallo, 2003; Caprara, 2000). If biomedicine is largely employed to cure diseases, the causes of diseases themselves are often attributed to other ontological repertoires (Wilkinson & Fairhead, 2017): social misconducts, disregard of a taboo, wrath of a deceased person or spirit, spell cast by a witch (Zempléni, 1985).

Protection against (ev)ill, broader than illness prevention, involves preventive and curative care coming from various repertoires: not only traditional medicine (self-medication, remedies, decoction of herbs) and biomedicine, but also practices in Islam, body and house cleanliness, respect of social rules, avoidance of morally impure behaviours, recourse to God. As Fairhead (2016, p. 12) explains, Guinean people draw extensively from the various ontological repertoires available to them in order to take care of themselves – even if these latter appear contradictory –, as long as they can combine them in practice: "… modes of practical coexistence have emerged in which any cultural (or ontological) incompatibilities are not relevant". Traditional, religious[8] and modern bio- medicines are thus means of action and resources conjointly used by Guinean actors in order to navigate daily life in the context of illness. This simultaneous coexistence of different ontological repertoires renders visible a syncretism of world views and beings – according to the risk they represent, in relation with illness. However, epidemic crises and the response models they entail constitute moments of disruption as they reduce actors' possibilities to recourse to this ontological syncretism to heal themselves and make sense of illness (Fairhead, 2016). This can lead to resistance from local populations towards preventive measures and to a polarization of ontological discourses now defined in opposition – "biomedicine" versus "ethno-medicine". This phenomenon contributes to antagonize social identities as much as knowledge systems (Attas et al., 2021). Thus, during the 2014–2016 Ebola epidemic in Guinea, numerous rumours spread (Bannister-Tyrrell et al., 2015) and reluctance (Fribault, 2015; Somparé, 2020) and conflicts arose between the various proponents of these ontological repertoires. Processes of negotiation, translation and articulation of different ontological repertoires can be analysed in terms of ontological choreographies, that is, "a deftly balanced coming together of things that are generally considered parts of different ontological orders (part of nature, part of the self, part of society)" (Thompson, 2005, p. 8). Le Marcis (2022) applies the concept of ontological choreographies to global health, epidemic preparedness and surveillance platforms. He explains:

> "The concept of choreography invites to examine how different ontological regimes conceptualize risk (Descola 2005), encounter, collaborate and/or generate friction within these platforms. […] Analysing "ontological choreographies" resulting from these encounters allows to question the conditions under which collaborations are possible between different worlds in the field of global health[9]".

Thus, analysing African worlds in these terms enables us to examine, not only how local actors mobilize different ontological repertoires to navigate daily life, but also how these different repertoires generate friction and produce complex ontological choreographies enabling the practical functioning of the lived world. Ontological theoretical tools highlight how, in the field of health, these choreographies

8 Religious medicine refers here to religious authorities or Koran specialists such as imams or karamoko who use the Koran for healing people (for example through the use of surahs as protective talisman or through nasi, a consecrated water mixed with the ink used to write specific surahs and drunk as medication).

9 Personal translation from the original French source: "La notion de chorégraphie invite à saisir comment différents régimes ontologiques pensent le risque (Descola 2005), entrent en contact, collaborent et/ou entrent en friction au sein de ces plateformes. […] Analyser les "chorégraphies ontologiques" qui résultent de ces rencontres permet d'interroger les conditions dans lesquelles les collaborations sont possibles entre différents mondes dans le domaine de la santé globale".

are rendered visible through the appropriations, translations, transformations and reluctances that emerge from local actors' practices and discourses. This is especially true during epidemic times, and particularly Ebola and Covid-19 epidemic in Guinea, as they lead to the encounter of multiple ontological discourses resulting from the implementation into local contexts of formalized response models from national and global health organizations (Somparé, 2020; Mbaye et al., 2017).

Conclusion

This article analyses the application of epidemic response models in Guinea during the Covid-19 epidemic and questions the visible divergences between these models and the actual practices of care and epidemic management observed in the field. It draws on and supports the interest of an Africanist ontological approach, especially in relation with epidemics, illness and care. In the Guinean context, defined by multiple ontological discourses in constant friction, this approach highlights how practical norms and the mobilization of different ontological repertoires by actors within these choreographies enable the practical functioning of the lived world. It allows to move away from the assumption of dysfunctional and failing African systems to provide a genuine perspective on the worlds in which these norms are relevant. Finally, it also emphasizes how viruses, as other acting non-humans, are ontologically crafted and how, through their physical and discursive circulation, they are transformed, translated, and appropriated by local contexts.

While much rhetoric predicted the sanitary collapse of Africa with the Covid-19 epidemic (Bonnet et al., 2021), the announced disaster did not occur. On the contrary, the pandemic contributed to challenge the assumption of failing healthcare systems in Africa in comparison to the difficulties encountered by developed countries on this subject. It allowed the continent to assert its expertise and knowledge in terms of epidemic management and therapeutic systems.

Acknowledgements

I sincerely thank Frédéric Le Marcis, head of the social science component of the ARIACOV research program in Guinea, who made this research possible, as well as the CERFIG administrative and research team. I also thank the anonymous reviewers and the editorial board for their comments, as well as Benjamin Frerot for his review of the first draft of this paper and Maria-José Flor Agreda for her review of the English version. Academic research relies on a collective of peers and researchers, and this article could not have reached its final form without their inputs and reflections.

Bibliography

Adji, A. (2009). *Traditions et philosophie : Essai d'une anthropologie philosophique africaine*. l'Harmattan.

Archambault, J. S. (2020). Rêves de béton et ontologies relationnelles dans une banlieue mozambicaine (note de recherche). *Anthropologie et Sociétés*, *44*(1), 203-214. https://doi.org/10.7202/1072775ar

Attas, F., Curtis, M.-Y., & Koniono, G. L. (2022). Ethnographies sous traitement : Enquêter en tant que patients pendant l'épidémie de covid-19 en Guinée. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (27). https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.13028

Attas, F., Keïta-Diop, M., Curtis, M.-Y., & Le Marcis, F. (2021). Discours radiophoniques, cartographies épidémiques et représentations locales de la COVID-19 en Guinée. *L'Espace Politique. Revue en ligne de géographie politique et de géopolitique*, *44*(2). https://doi.org/10.4000/espacepolitique.10007

Balandier, G. (1951). La situation coloniale : approche théorique. *Cahiers internationaux de sociologie*, (12), pp. 44-79. https://doi.org/10.3917/cis.110.0009

Balandier, G. (1952). Contribution à une sociologie de la dépendance. *Cahiers internationaux de sociologie*, (12), pp. 47-69.

Bannister-Tyrrell, M., Gryseels, C., Delamou, A., D'Alessandro, U., van Griensven, J., Grietens, K. P., & Ebola_Tx Trial Platform. (2015). Blood as medicine: Social meanings of blood and the success of Ebola trials. *Lancet (London, England)*, *385*(9966), 420. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62392-8

Bataille, G. (1929). Dictionnaire critique [Rubrique], Documents.

Bardosh, K. (2016). *One health: Science, politics and zoonotic disease in Africa*. Routledge.

Bidima, J.-G. (1995). *La philosophie négro-africaine*. PUF.

Blaser, M. (2014). Ontology and indigeneity: on the political ontology of heterogeneous assemblages. *Cultural geographies*, *21*(1), 49-58.

Bonnet, D. (2003). Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest, une question anthropologique. Dans D., Bonnet, , & Y., Jaffré (dirs) (2003). *Les maladies de passage : Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*. Karthala, pp. 5-26.

Bonnet, E., Bodson, O., Le Marcis, F., Faye, A., Sambieni, N. E., Fournet, F., Boyer, F., Coulibaly, A., Kadio, K., Diongue, F. B., & Ridde, V. (2021). The COVID-19 pandemic in francophone West Africa : From the first cases to responses in seven countries. *BMC Public Health*, *21*(1), 1490. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11529-7

Caprara, A. (2000). Transmettre la maladie. Représentations de la contagion chez les Alladian de la Côte-d'Ivoire. Karthala, Coll. Médecines du Monde, 213 p., réf. *Anthropologie et Sociétés*, *25*(2), 184-186. https://doi.org/10.7202/000250ar.

Chandler, D., & Reid, J. (2018). 'Being in Being' : Contesting the Ontopolitics of Indigeneity. *The European Legacy*, *23*(3), 251-268. https://doi.org/10.1080/10848770.2017.1420284.

Comaroff, J. L., & Comaroff, J. (Éds.). (2000). *Civil Society and the Political Imagination in Africa : Critical Perspectives*. University of Chicago Press. https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/C/bo3624192.html

Copans, J. (2007). Les frontières africaines de l'anthropologie. Un demi-siècle d'interpellations. *Journal des anthropologues*, *110-111*(3-4), 337-370. https://doi.org/10.4000/jda.2499.

Deléage, J.-P. (1991). *Une histoire de l'écologie*. La Découverte.

Deliège, R. (2006). Une histoire de l'anthropologie. Écoles, auteurs, théories. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, *38*(1), Article 1. https://doi.org/10.4000/rsa.537.

Descola, P. (2005). *Par-delà nature et culture*. Gallimard.

Diallo, Y. (2003). Conceptions populaires soso de la transmission des maladies et pratiques de prévention en Guinée maritime. Dans D., Bonnet, & Y., Jaffré (dirs) (2003). *Les maladies de passage : Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*. Karthala, pp. 101-129.

Durkheim, É., & Mauss, M. (1903). De quelques formes primitives de classification: contribution à l'étude des représentations collectives. *L'Année sociologique (1896/1897-1924/1925)*, *6*, pp. 1-72.

Evans-Pritchard, E. E. (1937). *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. Oxford University Press. https://ehrafworldcultures.yale.edu/cultures/fo07/documents/071

Fairhead, J. (2016). Understanding social resistance to the Ebola response in the forest region of the Republic of Guinea: an anthropological perspective. *African Studies Review*, *59*(3), 7-31.

Fribault, M. (2015). Ebola en Guinée : violences historiques et régimes de doute. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (11).

Gomez-Temesio, V., & Le Marcis, F. (2017). La mise en camp de la Guinée : Ebola et l'expérience postcoloniale. *l'Homme*, pp. 57-90.

Griaule, M. (1934). *Conversations with Ogotemmêli: An introduction to Dogon religious ideas*. International African Institute.

Grinker, R. R., Lubkemann, S. C., Steiner, C. B., & Gonçalves, E. (2019). *A Companion to the Anthropology of Africa*. John Wiley & Sons.

Gruzinski, S., & Bernand, C. (1992). La Redécouverte de l'Amérique. *Homme*, *32*(122), 7-38.

Jackson, J. E., & Warren, K. B. (2005). Indigenous movements in Latin America, 1992–2004: Controversies, ironies, new directions. *Annu. Rev. Anthropol.*, *34*, pp. 549-573.

Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Karthala.

Jaffré, Y. (2003). Anthropologie et hygiène hospitalière. Dans D., Bonnet, & Y., Jaffré (Eds.) (2003). *Les maladies de passage : Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*. Karthala, pp. 341-373.

Henare, A., Holbraad, M., & Wastell, S. (2006). *Thinking through things: theorising artefacts ethnographically*. Routledge.

Ingold, T. (1996). *Key debates in anthropology*. Routledge.

Ingold, T. (2006). Rethinking the animate, re-animating thought. *Ethnos*, *71*(1), 9-20.

Laplante, J. (2014). Médecine autochtone sud-africaine (muti) et innovation biopharmaceutique : connaître l'umhlonyane. *Anthropologica*, pp. 151-162.

Latour, B., & Woolgar S. (1979). Laboratory Life: the Construction of Scientific Facts, chap. 4., "The Microprocessing of Facts". *Princeton Press*.

Latour, B. (1991). *Nous n'avons jamais été modernes : essai d'anthropologie symétrique*. La Découverte.

Le Marcis, F., (2003). Prévention et contagion des maladies animales en milieu peul. In D., Bonnet, & Y., Jaffré (dirs) (2003). *Les maladies de passage : Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*. Karthala, pp. 311-338.

Le Marcis, F. (2021). наука и жизнь (Science and life.) Russian-Guinean scientific cooperation looking for viruses in the sub-prefecture of Madina Oula (1980–1990). *Communication], Apr*, *29*.

Le Marcis, F. (2022). Se préparer aux épidémies ? Généalogie de la preparedness et chorégraphies ontologiques de la surveillance. À propos de Andrew Lakoff, Unprepared. Global Health in a Time of Emergency (2017). *University of California Press*.

Malinowski, B. (1935). *An ethnographic theory of the magical word.* (Vol. 2). American Book Company.

Mbaye , M. E., Kone, O., E., Ka, S., & Mboup, S. (2017). Évolution de l'implication des communautés dans la riposte à Ebola. *Santé publique*, *29*(4), 487-496.

Mbiziantouari, H. (2021). Penser la philosophie africaine du muntu : de l'onto-temporalité à la conscience historique : herméneutique d'une anthropologie du transcendant. *Penser la philosophie africaine du muntu*, pp. 1-303.

Meillassoux, C. (1975). *Femmes, greniers et capitaux*. Maspero.

Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.

Nef, F., & Schmitt, Y. (Eds.) (2017). Ontologie. *Identité, structure et métaontologie.* Vrin.

Olivier de Sardan, J. P. (1995). Anthropologie et développement : essai en socio-anthropologie du changement social. *APAD ; Karthala*.

Olivier de Sardan, J. P. (2001). La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest. *Autrepart*, (4), pp. 61-73.

Olivier de Sardan, J. P. (2010). Développement, modes de gouvernance et normes pratiques (une approche socio-anthropologique). *Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement*, *31*(1-2), 5-20.

Olivier de Sardan, J. P. (2021). *La Revanche des contextes : Des mésaventures de l'ingénierie sociale en Afrique et au-delà*. Karthala.

Packard, R. M. (2016). A history of global health: interventions into the lives of other peoples. *Johns Hopkins University Press*.

Person, Y. (1971). L'Anthropologie et l'histoire africaine. *Canadian Journal of African Studies/La Revue canadienne des études africaines*, *5*(1), 1-17.

Redford, K. H. (1990). The Ecologically Noble Savage. *Orion Nature Quarterly*, *9*(3), 24-29.

Rouch, J. (1947). Au pays des mages noirs. *Centre national de la cinématographie*.

Somparé, A. W. (2017). La politique et les pratiques de santé en Guinée à l'épreuve de l'épidémie d'Ebola : le cas de la ville de Conakry. *Lien social et Politiques*, (78), pp. 193-210.

Somparé, A. W. (2020). L'énigme d'Ebola en Guinée : une étude socio-anthropologique des réticences. *L'énigme d'Ebola en Guinée*, pp. 1-266.

Thompson, C. (2005). *Making parents: The ontological choreography of reproductive technologies*. MIT press.

Tylor, E. B. (1871). *Primitive culture: Researches into the development of mythology, philosophy, religion, art and custom* (Vol. 2). John Murray.

Tantchou, J. (2021). *Portrait d'hôpital, Cameroun*. Karthala.

Viveiros De Castro, E. (2007). The crystal forest: notes on the ontology of Amazonian spirits. *Inner Asia*, *9*(2), 153-172.

Viveiros De Castro, E. (2009). *Métaphysiques cannibales : lignes d'anthropologie post-structurale*. PUF.

Wilkinson, A., & Fairhead, J. (2017). Comparison of social resistance to Ebola response in Sierra Leone and Guinea suggests explanations lie in political configurations not culture. *Critical Public Health*, *27*(1), 14-27.

Zempléni, A. (1985). La "maladie" et ses "causes". *L'Ethnographie*, *96-97*(2-3), 13-44.



@Elise Fitte-Duval, « Série Dés-augmentation », réalisée dans le quartier Ouakam de Dakar, 2021.

Planter, soigner, éclore

Myriam Mihindou, chamane du vivant

Yasmine Belhadi
Critique d'art et curatrice, France
yasminebelhadi@gmail.com

Résumé

Comment la pratique plastique et performative de l'artiste franco-gabonaise Myriam Mihindou peut-elle être à l'origine d'une réflexion sur le *care* ? Cet article répond à cette question par l'analyse de la vidéo *La Robe envolée* (2008), ainsi que de la série photographique *Déchoucaj'* (2004-2006). Les « transperformances » représentées dans ces œuvres sont le moyen de guérir de blessures individuelles et collectives par des remèdes ancestraux venus de cultures traditionnelles animistes. Les conceptions du soin, des solidarités et de la nature que ces croyances venues d'Afrique composent, constituent un horizon réparateur dans lequel Myriam Mihindou puise pour percevoir des alternatives aux blessures contemporaines. Les œuvres étudiées constituent ainsi des espaces émancipateurs dans lesquels les corps s'affranchissent des injonctions politiques et sociales. En développant de nouveaux imaginaires dans lesquels les hiérarchies sont abolies, l'artiste produit ce que l'on qualifie d'« esthétique du *care* décoloniale ». Dans un contexte où les séquelles coloniales et esclavagistes sont constamment ravivées, cette mise en œuvre du *care* devient un acte politique au potentiel critique et thérapeutique.

Mots-clés

Care, esthétique, décoloniale, genre, environnement, performance

How to cite this paper:
Belhadi Y., (2022). Planter, soigner, éclore : Myriam Mihindou, chamane du vivant.
Global Africa, (2), pp. 172-180.
https://doi.org/10.57832/rrpv-re98

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

Introduction[1]

> « Je suis un “Nous” dans un “Je”. Dans mon corps s’exprime le collectif et je suis le passeur de l’expérience que j’ai de ma propre existence, tout comme je suis le passeur de toutes ces voix et de tous ces corps [2]».

C’est ainsi que l’artiste franco-gabonaise Myriam Mihindou conçoit son œuvre : si sa pratique artistique est pluridisciplinaire, le corps en est la matière centrale. De Port-au-Prince à Las Palmas, la plasticienne autopsie les mémoires corporelles aussi bien collectives que personnelles pour en extraire les blessures et y apporter un soin tout particulier. Habitées par le schisme que constitue son métissage, ses œuvres sont tapissées de ruptures élémentaires dans lesquelles l’artiste cherche sa place entre le colonisateur et le colonisé, le féminin et le masculin, le pur et l’impur. Ces tensions, auxquelles s’ajoutent les traumatismes liés à son histoire personnelle et à son expérience de femme racisée, apparaissent dans son œuvre comme une blessure névralgique qui réclame réparation. Sous des formes ritualisées, le corps et l’âme sont apaisés en un puissant langage plastique. La plasticienne affirme ainsi le rôle thérapeutique de son art, dont le soin est la source. En quoi la pratique artistique et performative de Myriam Mihindou permet-elle d’enrichir les débats sur le *care* ? À travers l’analyse de l’œuvre vidéo *La Robe envolée* (2008), ainsi que de la série photographique *Déchoucaj’* (2004-2006), nous verrons comment l’œuvre de la plasticienne nous invite à considérer le *care* en tant que pratique thérapeutique inspirée des cosmogonies propres aux cultures traditionnelles animistes.

Mettre des mots sur des maux

Dans l’œuvre vidéo *La Robe envolée*, l’artiste réalise une performance dans laquelle elle s’affranchit des injonctions faites à son corps de femme racisée. Par une métamorphose tant physique qu’affective et émotionnelle, elle se défait doucement des tabous liés au corps féminin, au corps métis domestiqué par l’éducation, les lois, la société et l’histoire. Sur une terrasse à Las Palmas (Espagne), l’artiste, assise sur une chaise, se filme en un plan fixe où seules ses jambes nous sont dévoilées. La sobriété de l’image en noir et blanc accentue la transe émotionnelle et verbale de l’artiste thérapeute. Ses gestes blessent autant qu’ils réparent, douloureux et sensuels : ils cherchent à trouver ce qui se cache sous la peau, sous le masque de la domestication.

Féminité et nature

La Robe envolée : ce titre, à la fois évocateur d’une féminité abandonnée et d’une intimité dévoilée, en appelle visuellement à la statuette Baubô et au mythe qui l’accompagne. En 1898, dans les ruines d’un temple de Déméter (datant du IVe siècle avant notre ère) à Priène – une cité grecque d’Asie Mineure aujourd’hui située en Turquie –, des archéologues découvrent un ensemble de statuettes en terre cuite. Sur les ventres ronds de ces figurines se dessinent de larges visages : les yeux s’apparentent aux seins et le menton à la vulve. D’épaisses cuisses soutiennent leur tête qu’une « robe envolée » dévoile à la vue de tous. Dans la mythologie grecque, Déméter (déesse de l’agriculture et des moissons) erre sur Terre depuis que Hadès (dieu des enfers) a enlevé sa fille Perséphone. Dans sa douleur et son désespoir, la mère arrive à Éleusis, dans la maison de Baubô la nourrice. En un geste qui a le mérite de faire sourire Déméter, Baubô soulève sa robe et lui laisse découvrir ses parties. Ce personnage excentrique « sera tout à la fois représenté comme la nourrice, mais aussi comme la sorcière, la vieille femme salace, la prostituée… toutes figures d’inquiétante étrangeté, d’effroi et de terreur, figures de l’innommable du sexe de la femme quand le réel du corps n’est pas voilé » (Jamart, 2006). Le mythe

1 Cette recherche s’inscrit dans une réflexion plus large en histoire de l’art sur les pratiques artistiques contemporaines de soins portés aux blessures coloniales et esclavagistes. Ce texte s’inspire grandement d’une discussion publique que j’ai menée avec l’artiste Myriam Mihindou lors de son exposition monographique « SILO » au Transpalette de Bourges (commissariat : Julie Crenne ; 2 juillet-19 septembre 2021).

2 Les Abattoirs, Conversation no 8 / Myriam Mihindou, conversation entre l’artiste Myriam Mihindou, la critique d’art et curatrice Julie Crenne et la directrice du centre d’art Les Abattoirs (Toulouse), Annabelle Ténèze, 6 mai 2021, lien : https://www.youtube.com/watch?v=CqiN4OXr5RY [consulté le 01/08/2021].



Myriam Mihindou, *La Robe envolée,* vidéo performance, 19 min 23 s, Las Palmas Gran Canaria, Espagne, 2008 © Adagp, Paris, 2021.

de Baubô cristallise l'idée d'une intimité physique déconcertante et obscène, aussi bien attirante que repoussante. Nietzsche reprend cette figure mythique dans la préface de la deuxième édition de son ouvrage Le Gai Savoir (1887) :

> « Avis aux philosophes ! On devrait mieux honorer la pudeur avec laquelle la nature se dissimule derrière des énigmes et des incertitudes bigarrées. Peut-être la vérité est-elle une femme qui est fondée à ne pas laisser voir son fondement ? Peut-être son nom, pour parler grec, serait-il Baubô ? » (Nietzsche [1982/1887], 1982, p. 27).

Du mythe de Baubô, on retient l'association entre femme et nature s'opposant à l'homme et à la culture ; l'humanité se dissocie de l'animalité tout comme le savoir de l'ignorance, le corps de l'esprit, la raison de l'émotion, etc. Ces catégories fondamentales de la pensée moderne – encore présentes dans les sociétés occidentales – imposent un cadre identitaire que Myriam Mihindou cherche impérativement à dépasser. Si l'artiste n'évoque pas explicitement les mécanismes de domination à l'œuvre, elle use, tout au long de son monologue, de la métaphore de la chenille qui se transforme en papillon pour évoquer son incapacité à trouver sa place au sein de la société. Le cocon représenterait la société, dont il faudrait absolument s'extraire pour devenir papillon, pour devenir femme. Elle dit ainsi :

> « Je me sens encore… comme… fossilisée… dans cette idée du corps qui n'arrive pas encore à trouver sa place dans le cocon. […] Moi, je n'arrive pas encore à trouver ma place dans le cocon. Le papillon… ne m'a encore rien dit ». (10 min 37 s)

Ni le patriarcat ni aucune forme de domination des corps ne sont cités, mais les effets sur son corps sont bel et bien présents : « Avec cette histoire du corps, j'ai perdu l'usage de la parole pendant plusieurs années. J'ai perdu cet usage du corps… je parle de mon corps de femme aussi… Et mon corps de femme n'est pas propre » (9 min 30 s). Ces mots, un peu confus, relèvent d'un traumatisme inscrit dans la chair ; la parole lui serait ôtée, comme si elle ne la méritait pas. Elle poursuit d'une voix pleine de sanglots : « J'ai très peur de me laisser découvrir… C'est quelque chose… Je ne peux pas ! Montrer la peau, je ne peux pas ! Je ne dois pas ! » (14 min 58 s) En même temps, l'artiste déchire son collant, laisse apparaître sa peau nue qu'elle griffe, qu'elle frotte avant de la caresser, comme pour l'apaiser. Sa plainte qui

s'exprime tant par la parole que par les gestes se décharge de son histoire subjective demeurée en souffrance. La parole – qu'elle a su recouvrir – devient un acte créateur par lequel l'artiste laisse place aux blessures de sa mémoire. Les gestes qu'elle procure à son corps lui offrent la possibilité de se reconnecter à ses sensations, de mettre fin au dualisme entre le corps et l'esprit.

« À fleur de peau »[3]

Ce sont ses différents voyages qui ont contribué à transformer le rapport de l'artiste à son propre corps :

> « Et j'ai changé de pays souvent… Et il a toujours fallu que je… Je négocie avec cette histoire de la peau… La peau… » (2 min 12 s).

Du Gabon à la France, de l'Île de la Réunion au Maroc en passant par l'Égypte, Myriam Mihindou a fait des sols où elle se trouvait des expériences personnelles et singulières aussi bien que des terreaux de création. D'un corps dénudé qu'elle pouvait exposer librement à La Réunion à un corps qu'elle devait cacher en Égypte, ces vécus ont achevé de rendre l'artiste étrangère à elle-même. « Lorsque je suis passée de l'île de la Réunion… à l'Égypte, il a fallu que je couvre ce corps-là. Il a… fallu que j'intègre des notions nouvelles. » (4 min 23 s). Une scission s'est opérée entre ce qu'elle ressent de son corps et de ce que les autres y décèlent : « Je ne sais pas définir cette image du corps… » (3 min 3 s). Une féminité taboue a fait de son corps un objet érotique qui a contribué à effacer tout caractère sensoriel et empirique du corps. « Aujourd'hui je cherche la robe… Je… J'ai dû porter des robes pendant des années, mais… Je ne peux plus porter de robe aujourd'hui. Je suis incapable de… porter une robe… Je suis incapable de sentir l'eau sur mon corps… Je suis incapable de sentir ce contact… Je pense que… tout mon travail artistique porte cette question de la mémoire de la peau » (3 min 33 s). Lorsque l'artiste avoue qu'elle ne peut pas se laisser découvrir, que « montrer la peau [elle] ne peu[t] pas ! [Elle] ne doi[t] pas ! » (14 min 58 s) et que « [son] corps de femme n'est pas propre » (9 min 30 s), il y a tout un héritage de la pudeur qui se cache dans ce discours. Cette pudeur engage un sentiment de honte : si Myriam Mihindou portait des robes auparavant, aujourd'hui, elle n'en porte plus à cause du regard porté sur elle. La pudeur et la honte sont des sentiments particulièrement genrés : quand la honte masculine s'apparente à la transgression des convenances d'une société donnée, la honte féminine fait fortement référence à la préservation d'une intégrité sexuelle.

Au fil de ses déplacements, Myriam Mihindou incorpore ces doxas qui font du corps des femmes l'objet de polémiques permanentes et incessantes. Ces tiraillements culturels imposent un cadre perceptif sur le corps, dont l'artiste peine à se détacher. Son incapacité à porter des robes, à exhiber sa peau, tout comme sa manière de se sentir impure (« mon corps de femme n'est pas propre » [9 min 30 s]) est le reflet du monde extérieur qui imprègne tout son être. Myriam Mihindou entame ainsi sa performance aux allures de rituel chamanique par ces mots : « Cette peau… Je ne sais pas pourquoi on dit toujours la peau… Je n'ai jamais compris pourquoi la peau pouvait faire l'objet de tant de discours. J'ai toujours eu envie de l'arracher, cette peau » (1 min 17 s). La peau, cette interface qui sépare l'extérieur de l'intérieur du corps, est censée protéger des agressions provenant du dehors. Son épiderme, sujet à la honte de l'irreprésentable, ne parviendrait plus à assumer sa capacité protectrice. En terme psychiatrique, ce mal-être concernant la peau s'apparente à une « prison de chair », qui se caractérise par une indifférenciation entre son monde interne et son monde externe, entre soi et la société. Intérieur et extérieur s'enchaînent à la manière d'un anneau de Moebius, entraînant une incapacité à se représenter soi-même.

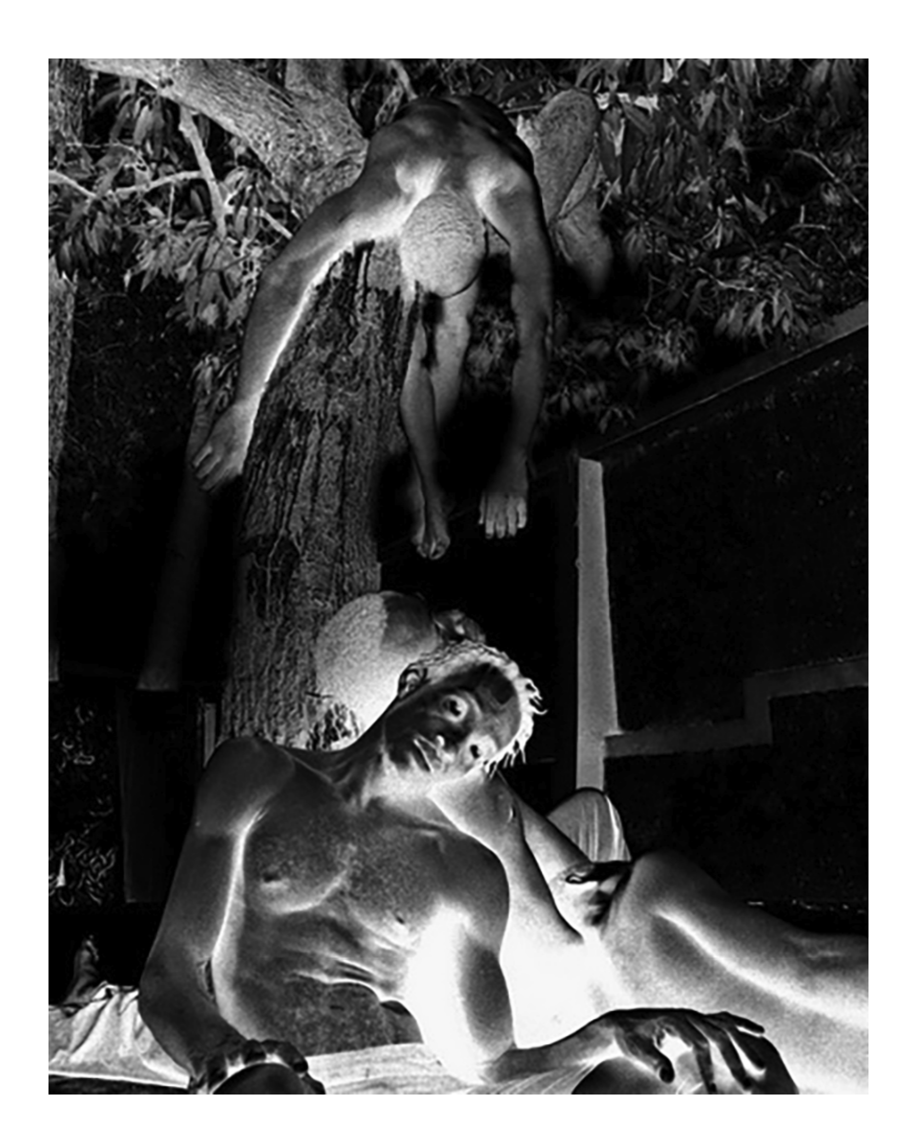
Ce trouble psychologique est au cœur du concept du « Moi-peau » théorisé par le psychiatre Didier Anzieu. Lors de sa parution en 1985, dans l'ouvrage *Le Moi-Peau*, ce néologisme a un parfum de subversion : il entend réhabiliter le Moi et le corps. C'est dans un premier article publié en 1974 que le médecin définit pour la première fois cette notion :

> « Une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps ».

3 Ce titre correspond au nom donné à une autre série d'œuvres de Myriam Mihindou, témoignant ainsi de l'intérêt de l'artiste pour la peau.

Le « Moi-peau », tel qu'il apparaît dans cette première définition, se manifeste comme une représentation d'un Moi à la fois primaire et métaphorique, corroboré par une « sensorialité tactile » (Anzieu, 1995, p. 1). Les fonctions de ce Moi-peau sont conçues à partir des fonctions de la peau. À travers cette ode à l'épiderme comme organe sensitif vital, Didier Anzieu élabore une conception de la tactilité capable de mettre en correspondance le dedans et le dehors : la différenciation entre le Moi psychique et le Moi corporel permet ainsi de s'auto-représenter. Si Myriam Mihindou peine à se représenter elle-même en dehors des injonctions extérieures, sa performance, entre don de soi et regard introspectif, agit comme une pratique curative susceptible de délimiter le dedans et le dehors. En effet, le Moi-peau est une entité à la fois psychique et corporelle à partir de laquelle les soins portés au corps peuvent être pensés dans leurs dimensions psychiques. C'est en ce sens que l'artiste entend soigner son être. Mais cette cure n'est pas seulement individuelle ; c'est aussi par l'interface de la peau que Myriam Mihindou entend faire de son récit un espace dans lequel toutes les femmes peuvent se reconnaître. Ainsi, la plasticienne explique :

> « J'ai souhaité y ajouter une traduction en anglais parce que je voulais que ce corps parle à tous les corps de femmes et qu'elles soient toutes concernées par ce corps, comme un écho »[4].



Myriam Mihindou, «Le Monologue des Anges» from the series Déchoucaj', 2004–2006, digital ink print on fine art paper mounted on steel, 120 x 92 cm © Adagp, Paris, 2021.

4 Les Abattoirs, Conversation no 8 / Myriam Mihindou, op. cit.

Du corps individuel au « grand corps »

Haïti, une longue histoire de violence

Cet écho entre les corps, Myriam Mihindou en déploie les fondements au sein de la série photographique *Déchoucaj'*, réalisée à Haïti cette fois. Haïti est un pays qui s'est fondé sur le malstrom de la traite négrière et la barbarie de l'esclavage. Les populations africaines déportées ont uni leurs forces en une longue lutte pour faire face à la domination du maître blanc. Anciennement connu sous le nom de Saint-Domingue, le pays renonce officiellement au despotisme français et Haïti naquit le 1er janvier 1804, devenant ainsi la première République noire au monde. Ce statut symbolique fort s'accompagne de longues périodes d'instabilité politique, durant lesquelles les puissances étrangères ne cessent d'intervenir – en particulier les États-Unis. La longue dictature de François et Jean-Claude Duvalier (1957-1986) est à l'origine de 30 000 morts dans le pays, qui s'habitue à la violence structurelle de la société politique. Le premier président élu démocratiquement, Jean-Bertrand Aristide, n'échappe pas aux dérives despotiques. Avec la déliquescence de l'État haïtien et les diverses immiscions, le président est finalement déchu, grâce à l'aide des Américains, à la suite d'un coup d'État en 2004. Par la suite, le nombre de violences, d'exactions et de tortures subies par les Haïtiens a atteint un seuil sans précédent. C'est dans ce contexte de vagues de violences perpétuelles et dont personne ne semble voir l'issue que Myriam Mihindou agit. Le nom de la série, *Déchoucaj'* (qui signifie « arracher la souche après l'abattage d'un arbre » en créole haïtien), fait référence au terme employé par les Haïtiens à la fin du régime dictatorial des Duvalier. Le *déchoucaj* consiste à détruire jusqu'à la fondation des maisons appartenant aux notables ou aux bourreaux liés aux différents despotes. C'est le résultat d'une explosion populaire contre les responsables politiques, administratifs, militaires et même religieux. Cette pratique a ressurgi lors de la chute du président Aristide.

Arrivée à Port-au-Prince en 2003, la photographe collabore avec la compagnie de théâtre Nous. En se rendant sur leur lieu de travail, les membres de la troupe et l'artiste se font encercler lors d'une embuscade par des miliciens armés. Contre toute attente et face aux armes dirigées contre eux, les comédiens débitent des psalmodies poétiques qui leur sauvent la vie. En état de choc au lieu de rendez-vous, l'idée de travailler abandonne les esprits et les acteur·rice·s préfèrent sublimer leur peur au moyen d'un rituel vodou. Myriam Mihindou capte ces corps en plein exorcisme. Cet événement fait suite à de nombreux autres dans un contexte de banalisation de la violence en Haïti, où règne l'insécurité. Les événements extrêmement violents qui ont suivi la chute du président Aristide ont causé de profonds traumatismes chez les populations haïtiennes. L'une des photographies de cette série, *Le Monologue des Anges*, met en scène trois protagonistes, presque sans vie, en plein exorcisme vodou[5]. Deux d'entre eux gisent au pied d'un arbre tandis qu'un autre est suspendu à une branche. Les aspérités de l'arbre, semblables à celles des corps, amènent à confondre peau et écorce en un tout presque indissociable. La photographie d'un peu plus d'un mètre de hauteur se présente en négatif, avec de forts contrastes : les corps noirs deviennent blancs et les blancs sur la composition deviennent noirs. Les feuilles de l'arbre, au sommet de l'image, semblent vouloir se déverser comme une pluie d'insectes au moindre bruit, à la moindre respiration : entre ciel et terre, paradis et enfer, ce lieu est fantasmatique et irréel.

La mémoire aux corps

À son arrivée en Haïti en 2004, Myriam Mihindou n'avait certes pas vécu les exactions endurées par les Haïtiens, mais le décès de sa sœur un mois auparavant a fait naître un terrain de souffrances communes sur lequel l'artiste a pu tisser des liens avec les populations locales. Par ailleurs, cette souffrance a trouvé un langage commun au travers de gestes cérémoniaux. Quelques semaines avant d'arriver en Haïti, Myriam Mihindou a réalisé une vidéo en hommage à sa sœur, *La Colonne vide* (2004), dans laquelle elle se performe sur un socle, effectuant des gestes « *kongo* ». Ce rituel d'accompagnement et de protection des morts lui a été transmis dans l'enfance, au Gabon. Cette vidéo a été le point de relation pour communiquer avec les Haïtiens, qui ont des rites similaires. En effet, au Gabon, les morts

5 L'écriture du terme « vodou » renvoie à un consensus de plus en plus répandu, qui consiste à écrire ce mot de la même façon qu'il est prononcé en créole.

sont plus importants que les vivants et l'ensemble de la vie est régie autour de cette conception, selon Myriam Mihindou[6]. De façon analogue, dans la culture haïtienne, les morts et les vivants continuent à vivre ensemble sur un plan fantasmatique et imaginaire. Ainsi, le travail de la photographe sur la mémoire du corps a trouvé un point d'ancrage important autour des cérémonies rituelles : dans l'optique de l'aider à faire son deuil et d'être en capacité de travailler avec la troupe de théâtre Nous, l'artiste a été initiée au *vévé* (pratique de rituel vodou).

Ainsi, lorsque les acteur·rices de la troupe de théâtre Nous et Myriam Mihindou tombent en transe, c'est tout un héritage d'asservissement et de souffrance que les artistes expurgent. De la menace suscitée par les miliciens, au contexte de violence généralisée à la suite de la chute du président Aristide, en passant par les conditions de domination passées et présentes, ce sont tous les fléaux de l'histoire haïtienne qui transitent par le corps des possédés. Dans une allure désordonnée, les acteur·rice·s inclinent leur tête, cambrent la colonne, rejettent tout leur corps en arrière… Ces postures douloureuses à voir sont en réalité curatives pour les artistes. Ce rituel de possession les dépossède de leurs peurs, de leurs angoisses, de leurs traumatismes ; ils se déchargent émotionnellement de toutes les violences endurées. Les rituels de transe ont une valeur thérapeutique indéniable, que les Haïtiens transforment en une arme contre l'humiliation et le désespoir. Cette mémoire commune, qui a été partagée avec Myriam Mihindou par son initiation au *vévé*, se réactive au sein d'une transe collective adaptée aux circonstances du présent (la peur provoquée par les miliciens armés). Cette mémoire collective provient d'un ensemble de liaisons entre mémoires individuelles. Le corps apparaît comme l'interface entre les individus : le vécu de chacun trouve le moyen de se prolonger dans le corps de l'autre. Dans la série *Déchoucaj'*, la transe revêt une dimension thérapeutique grâce à l'intégration du corps individuel dans le corps collectif.

De nouvelles relations au monde

Le « corps cosmique »

Cette interrelation entre son corps propre et le corps de l'autre est au cœur de la pratique artistique de Myriam Mihindou. Loin de s'arrêter aux portes de l'humanité, l'artiste tisse également des liens avec ce qu'elle nomme le « corps cosmique », qui comprend la nature, les plantes, l'eau, l'air[7]. Dans *La Robe envolée*, la performeuse explique qu'elle a dû apprendre à se dévoiler face aux autres, mais également face à elle-même. Les gestes qu'elle entreprend en même temps qu'elle s'exprime semblent essentiels à la compréhension de sa propre personne. Ses mains arrachent le collant, le déchirent et l'emmêlent. Les caresses sur ses jambes raides sont tantôt douces et délicates, tantôt agressives et rudes. L'artiste tombe dans une sorte de transe, qu'elle qualifie de « transperformance » : à défaut de sortir de son corps, elle l'incarne pleinement. L'environnement extérieur semble essentiel à cette pratique de connaissance de soi : « J'ai passé beaucoup de temps lorsque j'étais enfant à laisser cette peau nue… C'est comme ça que j'ai appris de mes expériences de la nature » (1 min 17 s). Les sensations que la peau ressent au contact du milieu contribuent à porter l'attention aussi bien sur les mouvements de sa nature interne que de la nature externe, tout en faisant le lien entre les deux. Cet ancrage sensoriel a pour mérite d'agir sur soi et le monde, d'agir sur soi dans le monde. Tout comme dans la série *Déchoucaj'*, il s'agit de se réapproprier son corps à travers la transe, de se réapproprier son histoire. Le relâchement émotionnel qui s'exprime par l'état de possession s'avère cathartique et libérateur.

Selon l'artiste, tous ces corps constituent une seule et même entité dans laquelle dissociation et hiérarchie sont toutes deux abolies. Le « grand corps », comme elle le nomme, agit sur son œuvre et l'influence. Dans cette perspective animiste, l'artiste entend « produire des œuvres qui mènent à des perspectives intérieures pour entrer en connexion avec les espaces des vivants et des morts»[8] . Tour à tour artiste, puis chamane, Myriam Mihindou se fait l'intercesseur entre une réalité rationnelle et une autre spirituelle. Dans les sociétés traditionnelles, le·la chaman·e assume un rôle social essentiel :

6 Entretien entre Philippe Piguet et Myriam Minhidou, « Myriam Mihindou, l'être et l'image », *Art Absolument*, 53, mai-juin 2013, https://media.artabsolument.com/pdf/article/53813.pdf [consulté le 14/06/2020].

7 Les Abattoirs, Conversation no 8 / Myriam Mihindou…, op. cit.

8 Myriam Minhidou, interview par Sylvie Arnaud, Mouvements, 3 avril 2018, en ligne : http://www.mouvement.net/teteatete/entretiens/myriam-mihindou [consulté le 01/08/2021].

il·elle fait le lien entre une conception éprouvée et conceptualisée du monde et une réalité cosmique, capable de discerner toutes les formes d'énergies. À l'instar des chaman·e·s des sociétés traditionnelles, les transperformances de Myriam Mihindou, susceptibles d'ouvrir à l'écoute de soi-même et du monde qui nous entoure, relèvent d'une pratique du *care*[9]. Selon la politologue américaine Joan Tronto ([1993] 2009, p. 103) :

> « le care est une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre "monde" de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible ».

La performance et l'état de transe dans laquelle se plonge Myriam Mihindou constituent aussi bien des espaces dans lesquels l'artiste prend soin d'elle-même que des autres et de ce qui l'entoure. La transperformance lui permet de se libérer des oppressions à l'égard de son corps post-colonial de femme, comme elle permet aux acteurs et actrices de la troupe de théâtre haïtienne de se décharger des carcans sociaux et de la violence historique. Les théories du *care*, telles qu'elles ont pu se constituer au sein des études féministes et écologistes, s'enrichissent au contact des croyances traditionnelles africaines. Chaque individu prend part au corps cosmique, s'intègre et se régénère à son contact. Cette éthique de la relation endosse également une dimension politique : d'une part, elle s'oppose au modèle d'individualisme et d'autonomie prôné par nos sociétés néolibérales ; de l'autre, elle fait advenir d'autres manières d'être au monde grâce, entre autres, à une décolonisation des imaginaires.

La transperformance : une esthétique du care décoloniale

Les pensées décoloniales[10] affirment l'existence d'un « continuum colonial » dont il faudrait se délivrer en élaborant des pratiques théoriques, critiques, politiques, militantes et artistiques en dehors des épistémologies occidentalocentrées. Selon le sémiologue argentin Walter Mignolo et l'historien de l'art mexicain Pedro Pablo Gomez (2012), la culture artistique, et plus particulièrement l'esthétique, font partie de la matrice coloniale du pouvoir dans ses processus d'utilisation et de manipulation des subjectivités : dans l'esthétique occidentalo-coloniale s'imbrique une colonialité du sentir, étroitement liée à une colonialité de l'être. Ainsi, les chercheurs proposent le concept d'« esthétique décoloniale », qui consisterait à proposer des imaginaires autres que ceux développés par la norme hégémonique occidentale. Pedro Pablo Gómez ajoute que :

« tout ceci possède un composant critique et une praxis où divers modes de faire, désobéissant à la hiérarchie esthétique globale occidentale, commencent à apparaître, à se faire visibles, non comme des pratiques esthétiques alternatives, mais comme alternatives à l'art et à l'esthétique – d'autres voix pour une conversation différente et horizontale entre arts et esthétiques » (Gómez, et al., 2016). Les pratiques de soin ancestrales venues de cultures traditionnelles animistes qui s'expriment dans *La Robe envolée* et la série *Déchoucaj'* participent sans aucun doute de cette esthétique décoloniale. Les modèles discursifs dominants sont déstabilisés par les récits véhiculés dans ces œuvres, qui agissent comme des outils thérapeutiques et émancipateurs. Ainsi, cette esthétique décoloniale est-elle perçue comme une forme de réparation des blessures coloniales. À une esthétique décoloniale réparatrice, les œuvres de l'artiste chamane conjuguent une pratique décoloniale du *care* : si ses transperformances soignent la mémoire des corps blessés, elles réparent également un régime visuel dans lequel les subjectivités et les sensibilités autochtones ont longtemps été exclues. Myriam Mihindou crée ainsi ce que l'on pourrait qualifier d'« esthétique du *care* décoloniale » : ses œuvres renvoient à des formes de relations éthiques dans lesquelles les cosmologies et les épistémologies autochtones sont mises en lumière comme autant de savoirs curatifs.

9 Le terme anglais « *care* » n'est délibérément pas traduit dans les textes francophones, car il ne trouve pas d'équivalent sémantique : il signifie tout à la fois « prendre soin », « donner de l'attention », « témoigner de la sollicitude ».

10 Les études décoloniales sont nées en 1998 d'un groupe interdisciplinaire de théorie critique en Amérique Latine, « Modernité/colonialité/décolonialité ». Aujourd'hui, les études décoloniales s'ancrent dans différentes traditions philosophiques, dont l'espace de cet article ne nous permet pas d'établir des cartographies intellectuelles et historiques précises.

Conclusion : des graines à semer

La pratique artistique de Myriam Mihindou cherche à redonner corps aux personnes opprimées par une approche à la fois curative et décoloniale. Dans *La Robe envolée*, l'artiste délivre son intimité en parlant de l'expérience conflictuelle qu'elle entretient avec son corps. Par une transe émancipatrice qu'elle qualifie de « transperformance », la performeuse tend à se libérer des injonctions que les nombreux pays dans lesquels elle a vécu lui ont imposées. Les paroles qu'elle décharge et les gestes qu'elle effectue apparaissent comme des actes de soin à destination de sa mémoire corporelle blessée, autant qu'à celle de toutes les femmes qui peuvent se reconnaître dans son récit. Dans la série photographique *Déchoucaj'*, des acteur·rice·s haïtien·ne·s exorcisent leur peur au travers d'une transe collective. Du traumatisme politique à la blessure individuelle, les corps gardent en eux les traces des violences passées. Leur performance renvoie au caractère corporel du politique autant qu'à la nature politique du corps, qui s'inscrit perpétuellement dans des relations de pouvoir. En représentant des subjectivités longtemps minorées par l'esthétique occidentale, Myriam Mihindou crée ce que l'on nomme une « esthétique du *care* décoloniale ».

La démarche thérapeutique de l'artiste chamane se reflète poétiquement à travers la métaphore du « silo ». Cette cavité creusée dans la terre permet de préserver les récoltes au fil des saisons. Comme un synonyme du « grand corps », le silo relie les humains à la terre, la vie à la mort. L'exposition Silo, réalisée par la curatrice Julie Crenn au Transpalette de Bourges, exploite l'image de cette fosse emplie de vie pour présenter un ensemble d'œuvres de Myriam Mihindou[11]. Vingt années de création y sont exposées afin de rendre compte de l'étendue de sa pratique curative. Du Gabon, à la France, en passant par l'Égypte ou le Maroc, l'artiste y déploie sa pensée engagée comme autant de graines à semer.

Bibliographie

Anzieu, D. (1974). Le Moi-peau. *Nouvelle Revue de psychanalyse,*(9) pp. 195-208.

Anzieu, D. (1995). *Le Moi-Peau*. Dunod.

Mignolo, W., & Gómez, P. P. (2015). *Estéticas decoloniales: sentir, pensar, hacer en Abya Yala y la Gran Comarca*. Universidad Distrital Francisco José de Caldas.

Gómez, P. P., Vásquez, A. G., & Zacarias, G. F. (2016). «Esthétique décoloniale» Entretien avec Pedro Pablo Gómez. *Marges*, pp. 102-110.

Jamart, C. (2016). Vulvodynie et féminité. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, p. 5967.

Nietzsche, F. [1882] (1982). *Le gai savoir*. [préface à la deuxième éd. 1887]. Gallimard.

Tronto, J. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. La Découverte.

11 Centre d'art Antre-Peaux : Transpalette, Silo, exposition monographique de Myriam Mihindou, commissariat Julie Crenn, 2 juillet - 19 septembre 2021, lien : https://antrepeaux.net/silo/ [consulté le 02/08/2021].

Planting, Healing, Blossoming

Myriam Mihindou, the Shaman of the Living

Yasmine Belhadi
Art critic and curator, France.
yasminebelhadi@gmail.com

How to cite this paper:
Belhadi Y., (2022). Planting, Healing, Blossoming. Myriam Mihindou, the Shaman of the Living. *Global Africa*, *(2)*, pp. 181-188.
https://doi.org/10.57832/syhq-vs53

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

Abstract

How can the visual and performance practices of the Franco-Gabonese artist Myriam Mihindou be at the origin of a reflection on care? This article answers this question by analysing the video La Robe envolée [The Flying Dress] (2008) and the photographic series Déchoucaj' (2004–2006). The 'transperformances' represented in these works are a means of healing individual and collective wounds through ancestral remedies from traditional religious cultures. African belief systems comprise conceptions of care, solidarity, and nature that constitute a healing horizon from which Myriam Mihindou draws to perceive alternatives to contemporary wounds. The works studied thus constitute emancipatory spaces in which bodies free themselves from political and social injunctions. By developing new imaginaries in which hierarchies are abolished, the artist produces what has been called a "decolonial aesthetic of care." In a context where colonial legacies and legacies of slavery are constantly being revived, this implementation of care becomes a political act with critical and therapeutic potential.

Keywords

Care, Decoloniality, Aesthetic, Gender, Environment, Performance

Introduction[1]

> "I am a 'We' in an 'I'. In my body, the collective is expressed, and I am the conduit of my own experience of existence, just as I am the conduit of all these voices and bodies."[2]

This is how the Franco-Gabonese artist Myriam Mihindou conceives her work: if her artistic practice is multidisciplinary, the body is its central subject. From Port-au-Prince to Las Palmas, the artist digs into both collective and personal bodily memories in order to extract the wounds and take special care of them. Inhabited by the schism constituted by her mixed race, her work is covered with elemental ruptures in which the artist seeks her place between the colonizer and the colonized, the feminine and the masculine, the pure and the impure. These tensions, together with the traumas of her personal history and experience as a racialized woman, appear in her work as a neuralgic wound that calls for reparation. In ritualised forms, the body and soul are soothed in a powerful visual artistic language. In this way, the artist asserts the therapeutic role of her art, of which healing is the source. How does Myriam Mihindou's artistic and performative practice enrich the debate on care? Through the analysis of the video work *La Robe envolée* (2008), as well as the photographic series *Déchoucaj'* (2004–2006), one can see how the work of the visual artist invites us to consider care as a therapeutic practice inspired by the cosmogonies of traditional religious cultures.

Putting words to the hurt

In the video La Robe envolée, the artist creates a performance in which she frees herself from the injunctions imposed on her body as a racialized woman. Through a metamorphosis that is both physical and emotional, she slowly escapes from the taboos associated with the female body, the mixed-race body domesticated by education, laws, society and history. On a terrace in Las Palmas (Spain), the artist, sitting on a chair, films herself in a fixed frame where only her legs are revealed to us. The sobriety of the black and white image accentuates the emotional and verbal trance of the artist-therapist. Her gestures hurt as much as they heal, painful and sensual: they seek to find what lies beneath the skin, beneath the mask of domestication.

Femininity and nature

La Robe envolée [The Flying Dress]: this title, at once evocative of uninhibited femininity and open/liberated intimacy, visually recalls the Baubô statuette and the myth that accompanies it. In 1898, in the ruins of a temple of Demeter (dating back to the 4th century BC) in Priene – a Greek city in Asia Minor now located in Turkey – archaeologists discovered a group of terracotta statuettes. On the round bellies of these figurines are drawn large faces: the eyes are similar to breasts and the chin to the vulva. Thick thighs support their heads, which a 'flying dress' reveals for all to see. In Greek mythology, Demeter (goddess of agriculture and harvest) has been wandering the earth since Hades (god of the underworld) kidnapped her daughter Persephone. In her pain and despair, the mother arrives at Eleusis, in the house of Baubô the nurse. In a gesture that makes Demeter smile, Baubô lifts her dress and lets her discover her genitals. This eccentric character "will be depicted at the same time as the nurse, but also as the witch, the dirty old woman, the prostitute... all disturbing strange figures, of fear and terror, figures of the unspeakable sex of a woman when the reality of the body is not covered" (Jamart 2006). The myth of Baubô crystallises the idea of a disconcerting and obscene physical intimacy, both attractive and repulsive. Nietzsche takes up this mythical figure in the preface to the second edition of his book The Gay Science [also translated as The Joyful Wisdom and The Joy of Science] (1887):

1 This research is part of a broader reflection in art history on contemporary artistic practices of care to heal the wounds of slavery and colonialism. This text is largely inspired by a public discussion I had with the artist Myriam Mihindou during her monographic exhibition "SILO" at the Transpalette in Bourges. Curated by Julie Crenn; 2 July – 19 September 2021.

2 Les Abattoirs, Conversation no 8 / Myriam Mihindou, conversation between the artist Myriam Mihindou, the art critic and curator Julie Crenn and Annabelle Ténèze, the director of the art centre Les Abattoirs (Toulouse), 6 May 2021, link: https://www.youtube.com/watch?v=CqiN4OXr5RY [accessed on 01/08/2021].



Myriam Mihindou, La Robe envolée, video performance, 19 min 23 s, Las Palmas Gran Canaria, Espagne, 2008 © Adagp, Paris, 2021.

> "'I think that's indecent' – a hint for philosophers! One should have more respect for the bashfulness with which nature has hidden behind riddles iridescent uncertainties. Perhaps truth is a woman who has reasons for not letting us see her reasons? Perhaps her name is—to speak Greek, Baubô" (Nietzsche [1982/1887] 1982, p. 38).

From the myth of Baubô, we retain the association between woman and nature in contrast to man and culture; humanity is dissociated from animality, just as knowledge is dissociated from ignorance, the body from the mind, reason from emotion, etc. These fundamental categories of modern thought – still present in Western societies – impose an identity framework that Myriam Mihindou imperatively seeks to go beyond. Although the artist does not explicitly evoke the mechanisms of domination at work, throughout her monologue she uses the metaphor of the caterpillar that transforms into a butterfly to evoke her inability to find her place in society. The cocoon represents society, from which it is absolutely necessary to extract oneself in order to become a butterfly, to become a woman. She says:

> "I still feel... like... fossilised... in this idea of the body that still cannot find its place in the cocoon. [...] I still can't find my place in the cocoon. The butterfly... hasn't told me anything yet." (10 min 37 s)

Neither patriarchy nor any form of domination of the body is mentioned, but the effects on her body are definitely present: "With this narrative of the body, I lost the use of speech for several years. I lost the use of my body... I am talking about my female body too... And my female body is not clean." (9 min 30 s) These words, a little confused, are the result of a trauma inscribed in the flesh; speech would be taken away from her, as if she didn't deserve it. She continues in a voice full of sobs: "I'm very afraid to let myself be exposed... It's something... I can't! I can't show my skin!" (14 min 58 s) At the same time, the artist tears off her tights, revealing her bare skin, which she scratches and rubs before caressing, as if to soothe it. Her cry, expressed as much by words as by gestures, is unloaded from her subjective history which has remained in pain. Her recovery of speech becomes a creative act through which the artist makes room for the wounds of her memory. The rubbing she gives to her body offer her the possibility of reconnecting with her feelings, of putting an end to the dualism between body and mind.

" Skin deep[3] "

Her various journeys have contributed to transforming the artist's relationship with her own body:

> "I have changed countries many times... And I have always had to... I negotiate with this history of the skin... The skin..." (2 min 12 s).

3 This title is drawn from the name given to another series of works by Myriam Mihindou, and reflects the artist's interest in the skin.

From Gabon to France, from Reunion Island to Morocco via Egypt, Myriam Mihindou has made the places where she found herself personal and singular experiences as well as creative grounds. From a naked body that she could exhibit freely in Reunion to a body that she had to hide in Egypt, these experiences have made the artist a stranger to herself. "When I moved from Reunion Island... to Egypt, I had to cover that body. I had to absorb new notions." (4 min 23 s). A split has occurred between what she feels about her body and what others see in it: "I don't know how to define this image of the body..." (3 min 3 s). A taboo femininity has turned her body into an erotic object that has contributed to erasing any sensory and empirical character of the body. "Today I'm looking for a dress... I... I had to wear dresses for years, but... I can't wear a dress today. I am unable to... wear a dress... I am unable to feel the water on my body...

I am unable to feel this contact... I think that... all my artwork is about this question of the memory of skin." (3:33) When the artist admits that she cannot let herself be discovered, that "showing skin [she] cannot! [She] must not!" (14 min 58 s) and that "[her] female body is not clean" (9 min 30 s), there is a whole heritage of modesty hidden in this speech. This modesty takes on a feeling of shame: Myriam Mihindou who used to wear dresses, no longer wears them today because of the way she is looked at. Modesty and shame are particularly gendered feelings: while male shame is related to the transgression of a given social etiquette, female shame is strongly linked to the preservation of sexual integrity.

In the course of her travels, Myriam Mihindou incorporates these doxas that make women's bodies the object of permanent and incessant controversy. These cultural tensions impose a perceptual framework on the body from which the artist struggles to break away. Her inability to wear dresses, to show off her skin, as well as the way she feels impure ("my female body is not clean" [9 min 30 s]) is a reflection of the external world that permeates her entire being. Myriam Mihindou begins her performance, which has the appearance of a shamanic ritual, with these words: "This skin... I don't know why people always say skin... I've never understood why the skin could be the subject of so much talk. I've always wanted to rip off that skin." (1 min 17 s) The skin, the interface that separates the outside from the inside of the body, is supposed to protect against aggression from the outside. Its epidermis, subject to the shame of the unrepresentable, is no longer able to assume its protective role. In psychiatric terms, this malaise concerning the skin is similar to a "prison of the flesh," which is characterised by an indifference between one's internal and external worlds, between the self and society. Inner and outer are intertwined like a Moebius ring, resulting in an inability to imagine oneself.

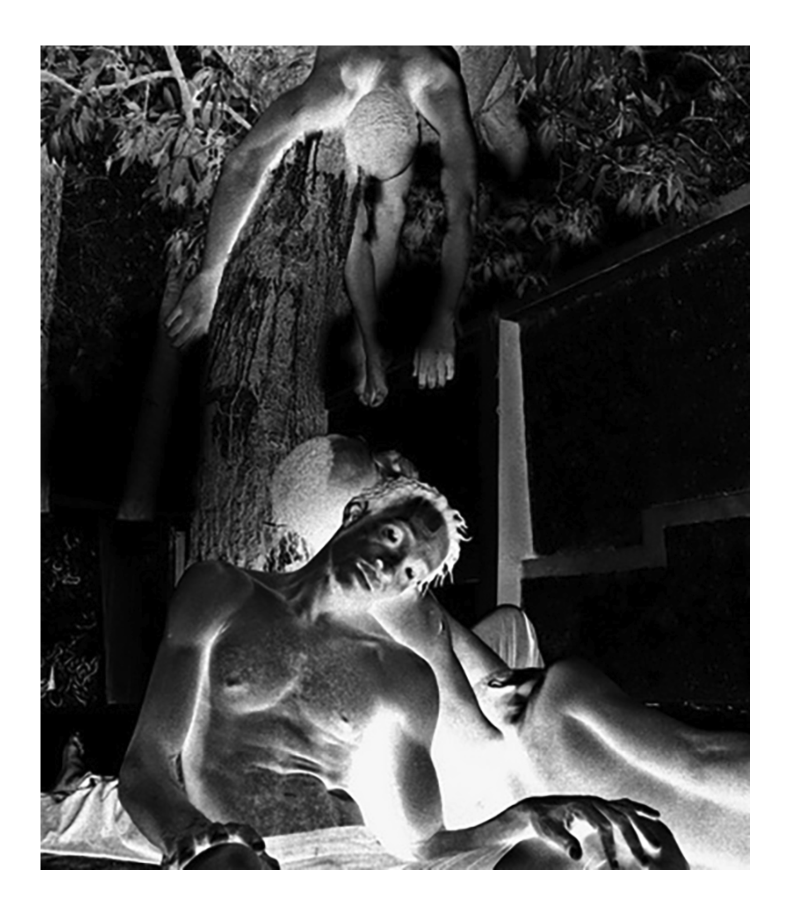
This psychological disorder is at the heart of the concept of the "Skin-Ego" theorised by the psychiatrist Didier Anzieu. When it appeared in 1985, in the book Le Moi-Peau, this neologism had a subversive flavour: it intended to rehabilitate the ego and the body. Anzieu defined this notion for the first time in an article published in 1974:

> "A figuration that the child's Ego uses during the early phases of its development to represent itself as Ego from its experience of the surface of the body."

The 'skin-ego', as it appears in this first definition, manifests itself as a representation of an ego that is both primary and metaphorical, corroborated by a 'tactile sensitivity' (Anzieu, 1995, p. 1). The functions of this skin-ego are conceived from the functions of the skin. Through this ode to the epidermis as a vital sensory organ, Didier Anzieu elaborates a conception of tactility capable of putting the inside and the outside in communion: the differentiation between the psychic ego and the bodily ego thus makes it possible to imagine one self. If Myriam Mihindou struggles to imagine herself outside of external injunctions, her performance, between self-giving and introspective gaze, acts as a curative practice capable of delimiting the inside and the outside. Indeed, the skin-ego is both a psychic and bodily entity from which the care of the body can be thought of in its psychic dimensions. It is in this sense that the artist intends to cure her being. But this cure is not only individual; it is also through the interface of the skin that Myriam Mihindou intends to make her story a space in which all women can recognize themselves. The artist explains:

> "I wanted to add an English translation because I wanted this body to speak to all women's bodies and for them all to be concerned with this body, like an echo.[4]"

4 Les Abattoirs, Conversation no 8 / Myriam Mihindou, op. cit.



Myriam Mihindou, “Le Monologue des Anges” from the series Déchoucaj’, 2004–2006, digital ink print on fine art paper mounted on steel, 120 x 92 cm © Adagp, Paris, 2021.

From the individual body to the “big body”

Haiti’s long history of violence

The foundations of this echo between bodies are set out in Myriam Mihindou’s photographic series Déchoucaj’ on Haiti, a country that was founded on the maelstrom of the barbarity of slavery and the slave trade. The deported African populations joined forces in a long struggle against the domination of the white colonists. Formerly known as Saint-Domingue, the country officially renounced French despotism and Haiti was born on 1 January 1804, becoming the first black republic in the world. This strong symbolic status was accompanied by long periods of political instability brought out by extremely restrictive economic policies and linkages with Europe, during which foreign powers kept intervening – especially the United States. The long dictatorship of François and Jean-Claude Duvalier (1957–1986) led to thirty thousand deaths in the country, which became accustomed to the structural violence of the political society. The first democratically elected president, Jean-Bertrand Aristide, did not escape the despotic excesses. As the Haitian state fell apart and various external forces and with the interference of the United States , the president was finally deposed following a coup d’etat in 2004. Thereafter, the amount of violence, abuse and torture suffered by Haitians reached an unprecedented level. It is in this context of perpetual waves of violence, without a clear outcome in sight, that Myriam Mihindou acts. *Déchoucaj’* (which means ‘to pull up the stump after felling a tree’ in Haitian Creole), refers to the term used by Haitians at the end of the Duvalier dictatorship. The *déchoucaj* involves destroying the foundations of houses belonging to notables or alleged commanders linked to the various despotic governments. It was a popular explosion against political, administrative, military and even religious leaders. This practice resurfaced with the fall of President Aristide.

In Port-au-Prince in 2003, Mihindou and members of Nous, the theatre company she collaborated with in the country, were ambushed on their way to work one day by armed militias. Against all odds and in the face of the weapons aimed at them, the actors delivered poetic psalmodies that save their lives. When they finally arrived at their meeting place in a state of shock, rather than work, the actors decided to sublimate their fears by performing a Vodou ritual, which Myriam Mihindou captures in portraits of bodies in the midst of an exorcism[5]. This event follows many others in a context of trivialised violence in Haiti, where insecurity reigns. The extremely violent events that followed the fall of President Aristide caused deep trauma among the Haitian people. One of the photographs in this series, The Monologue of the Angels, shows three protagonists, almost lifeless, in the middle of a Vodou exorcism. Two of them lie at the foot of a tree while the third hangs from a branch. The bark of the tree, similar to those of the bodies, merge with the skin of the protagonists into an almost indissociable whole. The photograph, a little over a metre high, is presented in negative, with strong contrasts: the black bodies become white and the white on the composition becomes black. The tree leaves at the top of the image seem to want to pour down like a shower of insects at the slightest noise, at the slightest breath: between heaven and earth, paradise and hell, a place both phantasmagoric and unreal.

Memory in the body

When she arrived in Haiti in 2004, Myriam Mihindou had certainly not experienced the exactions that have been endured by the Haitians, but the death of her sister a month earlier gave rise to a common ground of suffering on which the artist was able to forge links with the local populations. Moreover, this suffering found a common language through ceremonial gestures. A few weeks before arriving in Haiti, Myriam Mihindou made a video, in homage to her sister, La Colonne vide (2004), in which she performs Kongo gestures on a plinth. This ritual of accompanying and protecting the dead was passed on to her as a child in Gabon. This video became the point of contact with the Haitians, who have similar rites. Indeed, in Gabon, the dead are more important than the living and the whole of life is governed by this concept, according to Mihindou[6]. Similarly, in Haitian culture, the dead and the living continue to live together on a fantastical and imaginary level. Thus, the photographer's work on the memory of the body found an important anchor point around ritual ceremonies: in order to help her mourn and to be able to work with the Nous theatre company, the artist was initiated into vévé (a Vodou ritual practice).

So, when the members of Nous and Myriam Mihindou fall into a trance, the artists are expunging a whole heritage of subjugation and suffering. From the threat posed by the militia, to the context of generalized violence following the fall of President Aristide, through the conditions of past and present domination, all the scourges of Haitian history pass through the bodies of those possessed. In a disorderly gait, the actors bow their heads, arch their spines, throw their whole body backwards... These postures, painful to see, are in fact curative for these artists. This ritual of possession rids them of their fears, their anxieties, their traumas; they emotionally unload all the violence they have endured. The trance rituals have an undeniable therapeutic value, which Haitians have transformed into a weapon against humiliation and despair. This common memory, shared with Myriam Mihindou through her initiation into the *vévé*, is reawaken in a collective trance adapted to the circumstances of the present (the fear provoked by the armed militias). This collective memory comes from a set of links between individual memories. The body appears as the interface between the individuals: the experience of each finds a way to extend itself in the body of the other. In the Déchoucaj' series, trance takes on a therapeutic dimension thanks to the integration of the individual body into the collective body.

5 The writing of the term 'vodou' acknowledges an increasingly widespread consensus to write the word in the same way as it is pronounced in Creole.

6 Interview between Philippe Piguet and Myriam Minhidou, "Myriam Mihindou, l'être et l'image," Art Absolument, no. 53, May–June 2013, https://media.artabsolument.com/pdf/article/53813.pdf [accessed on 14/06/2020].

New relations to the world

The "cosmic body"

This interrelation between one's own body and the body of the other is at the heart of Myriam Mihindou's artistic practice. Far from stopping at the gates of humanity, the artist also weaves links with what she calls the "cosmic body", which includes nature, plants, water and air[7]. In La Robe envolée, the performer explains that she had to learn to reveal herself to others, but also to herself. The gestures she undertakes as she expresses herself seem essential to understanding her own person. Her hands rip off the pantyhose, tearing and tangling it. The caresses on her stiff legs are sometimes soft and gentle, sometimes aggressive and rough. The artist falls into a kind of trance, which she describes as a "transperformance": if she does not leave her body, she fully embodies it. The external environment seems essential to this practice of self-awareness: "I spent a lot of time as a child leaving this skin bare... That's how I learned from my experiences in nature " (1 min 17 s). The sensations that the skin experiences when in contact with the environment help to focus attention on the movements of both its internal and external nature, while linking the two. This sensory anchoring has the merit of acting on oneself and the world, acting on oneself in the world. Just as in the *Déchoucaj'* series, it is a question of reappropriating one's body through trance, of reappropriating one's history. The emotional release that is expressed through the state of possession is cathartic and liberating.

According to the artist, all these bodies constitute a single entity in which separation and hierarchy are both abolished. The "big body", as she calls it, acts on her work and influences it. From this animist perspective, the artist intends to "produce works that lead to inner perspectives to connect with the spaces of the living and the dead."[8] By turns artist and shaman, Myriam Mihindou acts as an intercessor between a rational and a spiritual reality. In traditional societies, the shaman assumes an essential social role: he or she stimulates the link between a proven and conceptualised conception of the world and a cosmic reality, capable of discerning all forms of energy. Like the shamans of traditional societies, Myriam Mihindou's performances, which are likely to open us up to listening to ourselves and the world around us, are part of a practice of care[9]. According to the American political scientist Joan Tronto ([1993] 2009, p. 103), "care is an activity characteristic of the human species that includes everything we do to maintain, continue, or repair our 'world' so that we can live in it as well as possible." Performance and the trance-like state in which Myriam Mihindou immerses herself constitute spaces in which the artist takes care of herself as well as others and her surroundings. Transperformance allows her to free herself from oppressions towards her post-colonial female body, just as it allows the actors of the Haitian theatre company to unburden themselves of social shackles and historical violence. Theories of care, as they have emerged in feminist and ecology studies, are enriched by contact with traditional African beliefs. Each individual takes part in the cosmic body, integrates and regenerates itself through contact with it. This ethic of relationship also has a political dimension: on the one hand, it opposes the model of individualism and autonomy advocated by our neo-liberal societies; on the other hand, it brings about other ways of being in the world thanks, among other things, to a decolonisation of the imaginary.

Transperformance: a decolonial aesthetic of care

Decolonial thinking[10] asserts the existence of a 'colonial continuum' from which it is necessary to free oneself by developing theoretical, critical, political, militant and artistic practices outside of Western-centric epistemologies. According to the Argentinean semiologist Walter Mignolo and the Mexican art historian Pedro Pablo Gomez (2012), artistic culture, and more specifically aesthetics, are part of the colonial matrix of power in its processes of using and manipulating subjectivities: in

7 Les Abattoirs, Conversation no 8 / Myriam Mihindou..., op. cit.

8 Myriam Minhidou, interview by Sylvie Arnaud, Mouvements, 3 April 2018, online: http://www.mouvement.net/teteatete/entretiens/myriam-mihindou [accessed 01/08/2021].

9 The English word "care" is deliberately not translated in French texts, because it has no semantic equivalent; it means "to take care", "to give attention", "to show concern".

10 Decolonial studies emerged in 1998 from an interdisciplinary group of critical theory in Latin America, "Modernity/Coloniality/Decoloniality". Today, decolonial studies are rooted in different philosophical traditions, whose precise intellectual and historical mapping is beyond the scope of this article.

the Western-colonial aesthetics, a coloniality of feeling is interwoven, closely linked to a coloniality of being. Thus, researchers propose the concept of 'decolonial aesthetics', which would consist of proposing imaginaries other than those developed by Western hegemonic norms. Pedro Pablo Gómez adds that "all of this has a critical component and a praxis in which various modes of doing, disobeying the Western global aesthetic hierarchy, begin to appear, to make themselves visible, not as alternative aesthetic practices, but as alternatives to art and aesthetics – other voices for a different and horizontal conversation between arts and aesthetics" (Gómez *et al.*, 2016). The ancestral healing practices from traditional religious cultures expressed in La Robe envolée and the Déchoucaj' series undoubtedly participate in this decolonial aesthetic. The dominant discursive models are destabilised by the narratives conveyed in these works, which act as therapeutic and emancipatory tools. Thus, this decolonial aesthetic is perceived as a form of reparation of colonial wounds. In addition to a decolonial reparative aesthetic, the works of the Shaman artist combine a decolonial practice of care: if her transperformances heal the memory of injured bodies, they also repair a visual regime in which indigenous subjectivities and sensibilities have long been excluded. Myriam Mihindou thus creates what might be called a "decolonial aesthetic of care": her works refer to forms of ethical relations in which indigenous cosmologies and epistemologies are brought to light as curative knowledge.

Conclusion: seeds to be sown

Myriam Mihindou's artistic practice seeks to give substance to oppressed people through an approach that is both curative and decolonial. In La Robe envolée, the artist reveals her secrets by talking about the conflicting experience she has with her body. Through an emancipatory trance that she describes as a "transperformance", the performer seeks to free herself from the injunctions imposed on her by the many countries in which she has lived. The words she unloads and the gestures she performs appear as acts of healing for her wounded body memory, as well as for all the women who can recognize themselves in her story. In Déchoucaj', Haitian actors exorcise their fears through a collective trance. From political trauma to individual wounds, the bodies retain the traces of past violence. Their performance symbolizes the corporeal character of politics as much as the political nature of the body, which is perpetually inscribed in relations of power. By representing subjectivities that have long been downplayed by Western aesthetics, Myriam Mihindou creates what has been called a "decolonial aesthetic of care". The therapeutic approach of the shaman artist is poetically reflected in the metaphor of the silo. This cavity dug in the earth allows the preservation of harvests throughout the seasons. As a synonym for the "big body", the silo links humans to the earth, life to death. The exhibition Silo, curated by Julie Crenn at the Transpalette in Bourges, uses the image of this pit full of life to present a series of works by Myriam Mihindou[11]. Twenty years of creation are exhibited in order to give an account of the extent of her curative practice. From Gabon to France, via Egypt and Morocco, the artist's committed thinking is spread like seeds to be sown.

Bibliography

Anzieu, D. (1974). Le Moi-peau. *Nouvelle Revue de psychanalyse,*(9) pp. 195-208.

Anzieu, D. (1995). *Le Moi-Peau*. Dunod.

Mignolo, W., & Gómez, P. P. (2015). *Estéticas decoloniales: sentir, pensar, hacer en Abya Yala y la Gran Comarca*. Universidad Distrital Francisco José de Caldas.

Gómez, P. P., Vásquez, A. G., & Zacarias, G. F. (2016). "Esthétique décoloniale" Entretien avec Pedro Pablo Gómez. *Marges*, pp. 102-110.

Jamart, C. (2016). Vulvodynie et féminité. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, p. 5967.

Nietzsche, F. [1882] (1982). *Le gai savoir*. [préface à la deuxième éd. 1887]. Gallimard.

Tronto, J. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. La Découverte.

11 Centre d'art Antre-Peaux: Transpalette, "Silo", monographic exhibition by Myriam Mihindou, curated by Julie Crenn, 2 July – 19 September 2021, link: https://antrepeaux.net/silo/ [accessed on 02/08/2021].



@Elise Fitte-Duval, « Série Dés-augmentation », réalisée dans le quartier Ouakam de Dakar, 2021.

Gouvernance de la crise sanitaire et exposition au risque de pandémie de Covid-19 en République démocratique du Congo

Sylvie Ayimpam
Anthropologue, UMR CNRS 8171-243 IMAF, Aix-Marseille Université
ayimpam@mmsh.univ-aix.fr

Jacky Bouju
Anthropologue UMR CNRS 8171-243 IMAF, Aix-Marseille Université
jacky.bouju@univ-amu.fr

How to cite this paper:
Ayimpam S. et Bouju J., (2022). Gouvernance de la crise sanitaire et exposition au risque de pandémie de Covid-19 en République démocratique du Congo. *Global Africa*, (2), PP. 190-203.
https://doi.org/10.57832/6f5p-vh38

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

Résumé

Cet article examine la gouvernance de la crise sanitaire de la Covid-19 en 2020 en République démocratique du Congo en lien avec l'exposition au risque de contamination des populations pauvres, et propose d'en analyser les aspects nécropolitiques. En restreignant les libertés d'action et de circulation des citoyens dont le mode de survie au quotidien dépend de telles libertés, les mesures de prévention du risque pandémique pendant la période d'état d'urgence ont eu l'effet inverse de celui escompté, exposant des centaines de milliers d'entre eux à de nouveaux risques. Bien plus, la gouvernance au quotidien de la pandémie a été parfois défaillante et chaotique, contribuant ainsi à la généralisation du déni du risque de pandémie. Les réactions de résistance des citoyens face aux mesures de restrictions interdisant leurs activités quotidiennes de survie ont favorisé l'apparition de risques « concurrents » et engendré de nouvelles vulnérabilités, aggravant les risques « familiers » préexistants. Ce paradoxe dramatique est interprété ici comme la conséquence d'une gouvernance nécropolitique autoritaire.

Mots-clés

Covid-19, gouvernance, risque, nécropolitique, République démocratique du Congo

Introduction

La pandémie de Covid-19 est apparue partout dans le monde comme un danger nouveau, accompagné de fortes incertitudes sur l'ampleur de la menace, sur l'efficacité des moyens de la traiter et sur ses conséquences. En République democratique du Congo, lors de la première vague de la pandémie en 2020, l'incertitude était d'autant plus grande que les nouvelles autorités politiques héritaient d'une administration minée par les conséquences des programmes d'ajustement structurel, mais aussi par des décennies d'instabilité politique, de corruption, de clientélisme, ainsi que d'une longue tradition de mauvaise gouvernance des services publics, à laquelle n'ont pas échappé les services de santé, qui présentent de nombreuses fragilités structurelles. C'est dans ce contexte que les décideurs et experts du ministère de la Santé ont préparé, dès janvier 2020, avec le concours de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un plan national de réponse à la Covid-19 qui a fixé les priorités dans la gestion et la prévention du risque de circulation du virus[1].

Au départ de cette contribution, nous nous sommes interrogés sur l'ambiguïté du caractère « sécuritaire » de l'état d'urgence sanitaire et du plan national de réponse mis en œuvre lors de la première vague de la pandémie en 2020. Nous cherchions à comprendre comment les mesures de prévention imposées par l'état d'urgence sanitaire à la population de la ville de Kinshasa avaient, semble-t-il, eu pour effet, à l'inverse, d'exposer des dizaines de milliers d'habitants à des « risques concurrents » (Peretti-Watel & Châteauneuf-Malclès, 2020) tout en accroissant la vulnérabilité de millions d'autres à leurs risques familiers. Nous proposons d'expliquer cette situation paradoxale par la nécropolitique d'inégalité sanitaire, qui s'accommode depuis longtemps de la précarité existentielle de millions de citoyens qui se débrouillent pour gagner leur vie au jour le jour. Les mesures de restriction (la fermeture des frontières aériennes, terrestres et maritimes, la mise en place de couvre-feux, l'instauration de l'état d'urgence sanitaire, l'interdiction des rassemblements, la fermeture des lieux de culte, des écoles, des universités, des restaurants et des cafés, etc.), conjuguées à l'absence de mesures de protection sociale et d'accompagnement pour ceux qui (sur)vivent grâce aux activités de l'économie informelle, ont eu des conséquences économiques et sociales très graves pour ces catégories socioéconomiques – les plus vulnérables.

À partir d'une enquête de terrain[2], notre analyse s'appuie sur le concept de « nécropolitique » développé par Achille Mbembe (2003, 2006, 2019), qui le conceptualise comme une extension du concept de « biopolitique » de Michel Foucault (2004a, 2004b), qu'il associe à la notion « d'état d'exception » (Agamben, 2005 ; Giordanengo, 2016). Ce concept s'applique ainsi aux mécanismes de domination et de pouvoir qui dictent qui doit vivre en étant protégé par l'État et qui peut mourir dans l'indifférence. L'intérêt de ce concept est qu'il :

> « […] replace une matérialité et une intentionnalité dans les enjeux de pouvoir entre les groupes sociaux. Il permet de penser les inégalités structurelles de notre monde contemporain qui, de toute évidence, assignent certains à des death-worlds dans lesquels leur existence est non seulement dévalorisée, privée de pouvoirs, mais désubjectivée, et dont la vie n'a pas vraiment de valeur» (Medico & Wallach, 2020).

À la suite de Sandset (2021), nous avons ajouté à cette combinaison conceptuelle, le concept de *slow violence* (violence lente) théorisé par Rob Nixon (2011) pour rendre compte de la violence structurelle particulière vécue par les catégories sociales les plus défavorisées exposées aux interdictions imposées par l'état d'urgence sanitaire.

Nous avons éprouvé la valeur heuristique de cette combinaison conceptuelle dans notre étude de cas de la gestion politique du confinement, entre le mois d'avril et le mois de juillet 2020, de la commune de la Gombe, considérée comme l'épicentre de la pandémie dans la ville de Kinshasa, commune qui

1 Nous analysons en détail ce plan gouvernemental dans une autre contribution portant sur l'action publique en contexte de Covid-19 (Ayimpam et al., 2021).

2 Les matériaux à la base de cet article proviennent d'une enquête de terrain dans le cadre d'une étude intitulée « Étude de l'impact de la crise de Covid-19 sur les acteurs et les entreprises de l'économie informelle au Congo-Kinshasa », menée entre mai et septembre 2020, par le LARSEP/Observatoire de la gouvernance à Kinshasa. Elle a donné lieu à un rapport d'étude du même nom pour l'Organisation internationale du travail (OIT) à Kinshasa et Genève.

concentre à la fois le centre des affaires et le centre administratif de cette énorme ville de plus de 12 millions d'habitants. Nous montrerons que les réactions de résistance et de résilience des petits commerçants informels face à l'interdiction d'exercer leurs activités de subsistance pendant la période du confinement ont engendré de nouvelles vulnérabilités dans la population et aggravé les risques existentiels préexistants, liés à la précarité ordinaire de leurs conditions de vie. On verra que la gestion de cette crise sanitaire est mêlée à des facteurs nécropolitiques de « violence lente » qui ont précédé la pandémie et qui s'ajoutent à la répartition disproportionnée des vulnérabilités face aux risques d'infection, de décès et d'appauvrissement économique.

Nous montrerons également que la communication des responsables publics a été parfois défaillante, souvent chaotique, et associée à des scandales dans la gestion politique de la pandémie qui ont contribué à la généralisation du déni de risque. La question du « risque », de ses représentations, de ses perceptions et de sa gestion est donc centrale pour comprendre et interpréter les attitudes et les comportements des citadins à Kinshasa face aux mesures de prévention mises en place par les autorités politiques. Cette notion mérite qu'on s'y arrête, car elle est toujours l'objet de nombreux débats dans la littérature sociologique[3]. Bien qu'il n'existe pas de définition du risque qui soit appropriée à tous les points de vue et à tous les problèmes, nous retiendrons celle proposée par Alain Bourdin, qui nous semble la plus englobante :

> « Si l'on définit le risque comme ce qui peut advenir et que l'on ne voudrait pas avoir à subir directement ou indirectement (par ses conséquences), on caractérise une catégorie du rapport au monde qui, tout en présentant un caractère très général, peut prendre des formes différentes et faire l'objet de constructions diverses. » (Bourdin, 2003, p. 13)

Nous nous positionnons plus particulièrement dans le champ d'une socioanthropologie du risque et de l'incertitude qui considère que le risque est une construction sociale qui repose sur un double postulat. Il existe, d'une part, des dangers « objectifs » (personnels ou collectifs) qui menacent l'environnement immédiat des individus et des sociétés, d'autre part, des représentations subjectives de ces dangers qui sont socialement et politiquement construites par des interactions entre des acteurs individuels et collectifs aux identités très hétérogènes (les parents proches, les groupes sociaux, les médias, l'État, les experts scientifiques, etc.) (Weisbein, 2015, p. 5).

Dans les lignes qui suivent, nous présenterons tout d'abord les mesures de prévention sanitaire mises en place en 2020 dans le cadre de l'état d'urgence par les pouvoirs publics de la RDC. Nous examinerons en second lieu les principaux scandales et polémiques qui ont marqué la gestion politique quotidienne de la pandémie pendant l'année 2020 et qui ont nourri le déni de pandémie au sein de la population. Nous développerons ensuite une étude de cas sur le confinement de la commune de la Gombe (et donc du centre des affaires et du plus grand marché de la ville) en montrant le caractère nécropolitique du dispositif et de ses conséquences existentielles pour des millions des personnes vulnérables (Fabiani & Theys, 1987). Nous analyserons enfin la manière dont le déni du risque s'est généralisé au sein de la population à partir des « narratifs » véhiculés par les réseaux sociaux, qui se sont emparés des diverses polémiques et controverses qui ont traversé la lutte contre la pandémie.

Le plan national de réponse à la Covid-19 : une politique sanitaire autoritaire

Dès le mois de janvier 2020, avant même le signalement du premier cas de coronavirus, le ministère de la Santé, en coordination avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a mis en place un dispositif de préparation à une éventuelle survenue du nouveau coronavirus (Sars-CoV-2). Cette décision rapide des autorités politiques et sanitaires s'inscrit dans une conception « objective » du risque sanitaire qui vise à gouverner l'incertitude liée « à l'attente d'événements indésirables dans un avenir incertain » (Boholm, 2003 ; Gilbert, 2003 ; Zinn, 2009 ; Boudeaux, 2010). Le premier cas de coronavirus a été détecté

3 Pour un état des savoirs très détaillé sur la sociologie du risque, qui se développe rapidement en France, voir la présentation du séminaire de Julien Weisbein (2015-2016), « Sociologie des risques ».

à Kinshasa, le 10 mars 2020, chez un voyageur en provenance de France. Dès le lendemain, le 11 mars 2020, le gouvernement a publié une première version du plan national de réponse gouvernemental à la Covid-19[4] qui confiait la riposte à deux organismes principaux : le Comité multisectoriel de riposte (CMR-Covid-19), dirigé par le Premier ministre, et le Secrétariat technique, dirigé par le coordinateur de la réponse Covid-19, nommé par le président de la République. Cette organisation a été décentralisée au niveau local dans des comités provinciaux de coordination présidés par les gouverneurs de province. En quelques jours, quatorze nouveaux cas confirmés ont été identifiés à Kinshasa. Il s'agissait pour la plupart de personnes en provenance de pays européens ou ayant séjourné à l'étranger. Cette concentration des cas confirmés de Covid-19 dans la capitale, qui compte plus de dix millions d'habitants, a suscité l'inquiétude face à la menace d'une catastrophe sanitaire. D'autant plus que le 20 mars, les experts et l'OMS avaient annoncé un cataclysme sanitaire mondial et que l'Afrique devait se préparer au pire. Une semaine après la découverte du premier cas de coronavirus, les autorités congolaises ont instauré l'état d'urgence sanitaire, le 18 mars 2020[5]. Comme on peut le voir :

> « Alors que les formes antérieures de biopolitique reposaient sur des modèles statistiques permettant de prévoir et de mesurer les risques, la biosécurité implique de se préparer à une catastrophe dont la probabilité est incalculable et dont l'arrivée est perçue comme imminente. » (Lakoff & Collier, 2008, cités par Fortané & Keck, 2015, p. 125)

Tout le problème est que l'état d'urgence, proclamé à des fins « sanitaires », s'est appuyé sur les dispositions de l'article 85 de la Constitution, qui ne concerne que l'état d'urgence sécuritaire, c'est-à-dire un état d'exception politique. Pour le juriste congolais Muhima, l'état d'urgence définit l'usage légal de la force « pour agir au quotidien, notamment par la restriction de certaines libertés, dont la liberté d'aller et venir, de réunion et d'entreprendre » (Muhima, 2021, p. 82). Comme l'état d'urgence, l'état d'exception est défini comme une « condition spéciale dans laquelle l'ordre juridique est gravement suspendu en raison d'une urgence ou d'une crise grave menaçant l'État » (Giordanengo, 2016, p. 1, cité par Sandset, 2021, p. 1413). Cette ambiguïté a suscité à Kinshasa une controverse juridique[6].

En effet, comment faire la différence entre « état d'urgence sanitaire » et « état d'urgence sécuritaire » ? La gestion de la pandémie apparaît dans une certaine mesure comme l'occasion d'un retour de la force et de l'arbitraire dans l'exercice du pouvoir politique. Ainsi, une des mesures sécuritaires spectaculaires de l'état d'urgence sanitaire fut la mise en place d'un cordon sanitaire autour de la ville de Kinshasa, considérée comme l'épicentre de l'épidémie dans le pays, afin d'éviter la propagation de la pandémie dans les autres provinces. En première analyse, ce genre de dispositif semble être en continuité historique avec la pratique des cordons sanitaires et des isolements utilisés par la médecine coloniale et postcoloniale face aux épidémies et aux endémies. Cependant, ainsi qu'on le verra plus loin, ce dispositif n'a pas concerné l'ensemble des citoyens de Kinshasa de la même manière.

Rumeurs, scandales et controverses

La mise en œuvre du Plan de réponse sanitaire a été émaillée de rumeurs et de scandales qui ont suscité de vives controverses au sein de l'opinion publique ainsi que sur les réseaux sociaux numériques locaux. Nous proposons de revenir sur quelques-uns d'entre eux ici, afin de mieux comprendre la manière dont ces différentes controverses ont nourri la construction du déni d'existence de la pandémie au sein de la population.

4 La version finale, dont le budget s'élève à 135,2 millions de dollars US, a été diffusée le 1er avril 2020. Informations extraites du document publié par le gouvernement de la RDC en mai 2020 : *Programme multisectoriel d'urgence d'atténuation des impacts de la Covid-19 en République démocratique du Congo* (PMUAIC-19), Kinshasa, RDC.

5 Sept mesures biosécuritaires concernent la fermeture des lieux de rassemblements importants (tels les marchés et les lieux d'enseignement, de culte et de restauration), et six mesures l'accès et la circulation sur le territoire national. Ces mesures, qui ne concernaient au départ que les personnes en provenance des pays à risque et des pays de transit, se sont généralisées et ont abouti, quelques jours plus tard, à la fermeture totale des frontières aux passagers, n'en permettant la circulation et l'accès qu'aux avions et navires-cargos et autres moyens de transport du fret.

6 Lotoy Ilango-Banga, J.-P., 2020, « L'état d'urgence face au coronavirus en RDC : controverse ou cacophonie juridique ? », *Bulletin de l'Obss*, *3*, Observatoire des sciences sociales pour la pandémie de Covid-19, Larsep-OG-IMAF, publié le 2 juin 2020 https://larsep1.wordpress.com/.

Confusions sur l'identité du patient 0 (mars 2020 et août 2020)

La gestion de la pandémie a commencé par une confusion sur l'identité du « patient 0 » quand, le ministre de la Santé annonça, le 10 mars 2020, que la première personne atteinte du coronavirus en RDC n'était pas un citoyen Belge, mais un citoyen congolais. Il rectifia ensuite en disant qu'il s'agissait d'un sujet congolais âgé de 52 ans vivant en France. Mais la confusion continua quand il déclara publiquement que ce patient était en quarantaine à Kinkole, une banlieue éloignée du centre-ville de Kinshasa. En effet, au même moment, une unité des forces de police se filmait dans un hôtel du centre-ville de Kinshasa où le même patient 0 était confiné dans une chambre. Le lendemain, nouveau coup de théâtre[7]. Dans une autre vidéo, le présumé patient 0 fit un démenti des informations et des diagnostics officiels qui prétendaient qu'il était malade du coronavirus, avant de revenir sur cette déclaration et d'être finalement confiné pendant 28 jours dans une structure de santé. Au terme de son confinement, sa « libération » fut l'objet d'une mise en scène pompeusement organisée par le ministre de la Santé[8]. Cet imbroglio trouva une explication cinq mois plus tard, quand le « patient 0 » participa à une émission politique célèbre diffusée en direct sur une chaîne Internet, au cours de laquelle il déclara vouloir tout révéler sur les circonstances qui ont entouré son identification comme premier malade de la Covid-19. C'est ainsi qu'il avoua avoir été contraint par le ministre de la Santé lui-même de dire qu'il était porteur du coronavirus (alors que plusieurs tests avaient indiqué des résultats négatifs). À la fin de l'émission, il a nié avoir été le patient 0 ou avoir été contaminé comme cela avait été présenté à l'opinion publique. Il a présenté ses excuses à la population en disant son regret d'avoir coopéré à une telle mascarade. Commentant cette controverse à propos du présumé premier patient atteint de Covid-19, les chercheurs congolais Célestin Musao[9] et Michel Bisa[10] ont souligné que cette confusion créée autour de l'identité de ce premier patient par le ministre de la Santé avait engendré de nombreuses rumeurs et spéculations. Les premiers doutes sur l'existence de la pandémie commencèrent ainsi à prendre forme alors que, parallèlement, il n'y avait pas encore de mesures de soutien et d'accompagnement des populations confrontées à des mesures de restriction d'activité, peu adaptées aux réalités socioéconomiques et au mode de vie de la majorité de la population congolaise.

Controverse sur la légalité de l'état d'urgence (avril 2020)

Une controverse eut lieu au mois d'avril 2020 sur la légalité de l'ordonnance présidentielle proclamant l'état d'urgence sanitaire que nous avons évoquée plus haut. Le 11 avril 2020, sur une chaîne de radio locale, le président du Sénat a provoqué une levée de boucliers en insinuant que l'ordonnance d'état d'urgence sanitaire était illégitime, car, selon la procédure, le Congrès aurait dû être convoqué pour régulariser cette ordonnance. Le lendemain de cette déclaration, sur la même chaîne de radio, le premier vice-président de l'Assemblée nationale intervient à son tour pour faire remarquer au président du Sénat le caractère délictueux de ses invectives à l'endroit du chef de l'État. Cette polémique au sommet de l'État était du plus mauvais effet dans le contexte d'incertitude sur la pandémie et d'inquiétude sur sa gravité. Pour Jean-Pierre Lotoy Ilango-Banga (2020), la situation exigeait une intelligence politique de rassemblement et de loyauté et la mise en sourdine des intérêts politiciens égoïstes. La cacophonie du pouvoir a constitué un très mauvais signal envoyé aux populations inquiètes.

7 Litsani, C., 2020, « Les autorités de la RDC ont réussi à faire peur au Coronavirus », *Politico*, 28 mars, https://www.politico.cd/la-rdc-a-la-une/2020/03/28/les-autorites-de-la-rdc-ont-reussi-a-faire-peur-au-coronavirus.html/56507/.

8 Mfundu, T., : « Le ministre de la Santé doit démissionner. Lorsqu'on est soupçonné dans une affaire grave comme ça, il faut se mettre à la disposition de la justice » (Valéry Mandiangu, président ODEP), *Politico* 11 septembre, https://www.politico.cd/encontinu/2020/09/11/le-ministre-de-la-sante-doit-demissionner-lorsquon-est-soupconne-dans-une-affaire-grave-comme-ca-il-faut-se-mettre-a-la-disposition-de-la-justice-valery-mandiangu-president-odep.html/68055/.

9 Musao Kalombo Mbuyu, C., « Covid-19 : une analyse critico-réflexive de la pandémie en RDC », *Bulletin de l'Obss*, 2, Observatoire des sciences sociales pour la pandémie de Covid-19, Larsep-OG-IMAF. Publié le 26 mai 2020 par larsep316063597 sur https://larsep1.wordpress.com/.

10 Bisa Kibul, M., 2020, « Les États "vampirisés" en Afrique à l'épreuve du coronavirus », *Bulletin de l'Obss*, 1, Observatoire des sciences sociales pour la pandémie de Covid-19, OG-IMAF. Publié le 26 mai 2020 par larsep316063597 sur https://larsep1.wordpress.com/.

Un projet d'essai de vaccin sur la population soulève un tollé (avril 2020)

Une intense controverse eut lieu au mois d'avril à propos d'un projet d'essai clinique pour un vaccin anti-Covid-19. Le vendredi 3 avril 2020, lors d' une conférence de presse, le coordonnateur du secrétariat technique du Comité multisectoriel de riposte contre la pandémie annonce que le pays est prêt à accueillir les essais d'un futur vaccin contre la Covid-19 qui serait produit soit aux États-Unis, soit au Canada, soit en Chine. Le pays serait ainsi candidat pour accueillir ces essais cliniques, vers les mois de juillet et août 2020. Étant donné qu'il s'exprimait devant la presse avec, à ses côtés, l'ambassadeur des USA, ses propos ont provoqué un véritable tollé dans les médias et créé beaucoup de confusion[11]. Pour calmer la tempête qu'il avait maladroitement déclenchée, il a dû faire une nouvelle déclaration publique quelques jours plus tard dans une vidéo publiée sur le compte Facebook officiel du Comité chargé de la riposte contre la Covid-19. L'objectif de cette vidéo était de rassurer l'opinion sur le fait qu'il n'y aurait pas de vaccination au Congo sans essais cliniques préalables aux États-Unis ou en Chine. Il a indiqué qu'étant lui-même Congolais, il ne laisserait jamais les Congolais être utilisés comme cobayes. En réalité, ces vives réactions autour d'un essai de vaccin sont amplifiées par le fait que cette déclaration intervient peu de temps après d'autres propos maladroits tenus le 1er avril 2020 par un médecin français qui a eu la très mauvaise idée de déclarer vouloir tester un vaccin contre la Covid-19 en Afrique[12]. Ces différents propos autour de tests d'un éventuel vaccin ont contribué à nourrir la théorie du complot, selon laquelle des néocolonisateurs « blancs » allaient utiliser les Africains comme cobayes. Les effets délétères engendrés par cette polémique ne tardèrent pas. Des vidéos, tantôt militantes, tantôt xénophobes, ont commencé à circuler sur les réseaux sociaux, accusant notamment les « Blancs » de vouloir « coroniser » volontairement l'Afrique, tandis que d'autres niaient l'existence d'un risque pandémique en Afrique.

Défaillances dans la prise en charge des malades du coronavirus (mai 2020)

Un scandale a enflammé la Toile à propos des défaillances de l'administration sanitaire dans la prise en charge des patients. Au début du mois de mai 2020, plusieurs vidéos montrant des patients hospitalisés pour des cas de Covid-19 circulaient sur les réseaux sociaux. Dans une de ces vidéos, des patients hospitalisés se plaignaient d'être enfermés dans leur chambre, de ne bénéficier d'aucun suivi médical ; d'autres affirmaient que les équipes de l'hôpital attendaient parfois plusieurs heures avant d'évacuer les morts des chambres où ils étaient internés ; d'autres encore, se plaignaient du fait qu'on mette les patients arrivés en fin de traitement et au terme de leur séjour à l'hôpital dans les mêmes chambres que les nouveaux. Cette cohabitation aurait été la cause des tests positifs obtenus par des patients en fin de traitement, qui leur ont valu une prolongation de quatorze jours de leur séjour à l'hôpital avec un nouveau traitement. Ces témoignages vidéo ont provoqué une vive polémique, au point que le chef de l'État décida d'aller s'enquérir lui-même de la situation dans les cinq plus grands hôpitaux de la capitale. Cette visite aux malades et au personnel des centres de soin a eu lieu le jeudi 7 mai 2020 au moment où le pays atteignait le chiffre de 863 cas confirmés de coronavirus. À la fin de sa visite dans l'un de ces hôpitaux, le chef de l'État a été interpellé par les malades à partir des fenêtres de leur chambre d'hôpital. Les images de ces échanges montrent des patients disant les conditions déplorables de leur séjour et de leur prise en charge médicale. On les voit aussi crier avec colère qu'ils ne mangent pas à leur faim. Malgré la diversité des problèmes qui ont été posés à cette occasion, c'est la question de la « faim » des patients qui a enflammé les réseaux sociaux et l'opinion publique. Lors du conseil des ministres qui s'est tenu le lendemain de la visite présidentielle, le chef de l'État a demandé aux ministres de proposer des solutions aux problèmes soulevés par les patients et par les personnels médicaux : entre autres, une meilleure prise en charge des malades, une amélioration de la restauration, une accélération des tests de dépistage, le paiement des salaires et des primes des personnels, la fourniture de combinaisons de protection et de respirateurs.

11 Kobongo, B., 2020, « Covid-19 en RD Congo : de la communication de crise à une crise de communication », *Bulletin de l'Obss*, 4, Observatoire des sciences sociales pour la pandémie de Covid-19, OG-IMAF. Publié le 30 juin 2020 par larsep316063597 sur https://larsep1.wordpress.com/.

12 Pour plus d'information sur ce tollé à propos de l'interview polémique du médecin français, voir https://www.france24.com/fr/20200403-tester-des-vaccins-en-afrique-toll%C3%A9-et-excuses-apr%C3%A8s-une-interview-pol%C3%A9mique.

Rumeur d'un trafic de certificats de décès liés à la Covid-19 (mai 2020)

Dans une vidéo circulant sur les réseaux sociaux pendant la première quinzaine du mois de mai 2020, une rumeur faisait état d'un trafic présumé de certificats de décès associés à la Covid-19. Cette vidéo montrait des individus et des familles s'indignant contre des certificats de décès qu'on avait truqué qui concernaient leurs parents décédés. Ces certificats, qui auraient été émis par les structures médicales officielles, indiquaient que les malades étaient décédés des suites de la Covid-19, alors qu'elles étaient manifestement décédées d'autres pathologies. Dans les jours qui suivirent cette vidéo, d'autres familles ont déclaré être victimes de la même machination, créant une polémique qui, jour après jour, enflamma les réseaux sociaux. Les narratifs rapportaient des cas comme celui d'un homme malade qui aurait succombé à l'hôpital dans l'indifférence totale du personnel soignant qui aurait conclu, sans autre forme d'examen, à un cas positif de coronavirus. Ou encore, celui d'une personne décédée à la suite d'un accident, dont le cadavre aurait été retiré de la morgue pour être enregistré comme une victime de plus du coronavirus. D'autres rumeurs sur Internet et dans les rues de Kinshasa commencèrent à évoquer le « monnayage des cadavres », affirmant que, dans certaines structures médicales, des familles avaient été poussées, contre rétribution, à déclarer que leurs parents étaient décédés des suites de la Covid-19[13]. Des *fake news* affirmaient que les structures de santé chargées de la riposte contre la pandémie « obligeaient les gens » à imputer à la Covid-19 le décès d'un membre de leur famille. Les mêmes rumeurs affirmaient que plus le nombre de victimes de la Covid-19 augmenterait, plus l'allocation financière des bailleurs de fonds internationaux pour la RDC augmenterait.

La polémique a pris tant d'ampleur qu'elle est arrivée aux oreilles du chef de l'État, qui a demandé au ministre de la Santé d'enquêter sur les allégations portant atteinte aux efforts du gouvernement congolais dans sa lutte contre la pandémie de la Covid-19. Or, depuis deux semaines déjà, le ministre avait demandé l'ouverture d' une enquête à ce sujet. Le rapport de cette enquête, qui a été présenté le samedi 16 mai 2020, indique que les allégations n'ont pas pu être vérifiées par les investigations sur le terrain, car les personnes interrogées n'ont pas donné de renseignements exacts et vérifiables concernant l'origine des informations diffusées à ce propos. Le rapport indique de même que les personnes interrogées se disculpent et disent que les corps des personnes décédées étant déjà enterrés, l'histoire est passée et qu'elles ne veulent pas y revenir. Par ailleurs, la plupart des messages qui circulent sur le sujet du présumé trafic de certificat de décès sont anonymes : les personnes qui en parlent ne déclinent pas leur identité, n'indiquent ni leur adresse ni leur numéro de téléphone (Mfundu, 2020). Le rapport conclut que l'enquête de terrain n'a pas permis de prouver la véracité des informations sur le monnayage des corps et le trafic des certificats de décès.

Une accusation de détournement de fonds (juillet 2020)

Un scandale a eu lieu au début du mois de juillet 2020, environ trois semaines avant la levée de l'état d'urgence sanitaire, à propos de la gestion financière des fonds de lutte contre la pandémie. L'affaire est née de la diffusion sur les réseaux sociaux d'un mémorandum confidentiel du vice-ministre de la Santé, daté du 29 juin 2020 et adressé au Premier ministre, pour attirer son attention sur la gestion « désastreuse » des fonds alloués par le gouvernement et des fonds reçus des partenaires techniques et financiers pour lutter contre la pandémie de Covid-19, dont le décaissement des plus grosses sommes est signé par le seul ministre de la Santé. Le mémorandum signale l'existence au ministère de la Santé, de « solides réseaux mafieux créés à dessein pour détourner ces fonds » associés à « certains membres du cabinet », qui exigent « des rétrocommissions jusqu'à hauteur de 35 % auprès des structures bénéficiaires de ces fonds ». Le vice-ministre « témoigne avoir régulièrement subi des pressions pour signer certains documents jugés non prioritaires et complaisants », se rapportant à des bons d'engagement concernant l'achat de produits pharmaceutiques ou des ordres de paiement. La diffusion sur les réseaux sociaux de ce mémorandum « très confidentiel » a eu lieu pendant que se déclenchait une grève générale, lancée le lundi 6 juillet 2020 par des agents et des personnels de santé dédiés à la riposte contre la Covid-19 qui

13 Diasso, A., 2020, « Covid-19 : certains certificats de décès seraient trafiqués », Adiac-Congo, 16 mai, https://www.adiac-congo.com/content/covid-19-certains-certificats-de-deces-seraient-trafiques-116072.

n'avaient pas reçu leur salaire depuis trois mois. Après la diffusion de ce mémorandum et la polémique qu'elle a engendrée, le ministre de la Santé a porté plainte contre X pour diffamation, précisément pour avoir été mis en cause dans ce document affirmant l'existence de « réseaux mafieux » organisés pour détourner les fonds alloués à la lutte contre la Covid-19 au sein de son ministère[14].

Trois semaines plus tard, vers la mi-août, l'affaire rebondit à la suite d'une enquête commandée par le chef de l'État et diligentée par l'Inspection générale des finances sur un possible détournement de fonds alloués à la lutte anti-Covid-19[15]. Le nouveau scandale éclata publiquement le jeudi 13 août 2020, lorsque l'Inspecteur général des Finances présenta les résultats de l'enquête qui mettaient explicitement en cause plusieurs hauts responsables, dont des membres du gouvernement. Des sources judiciaires précisèrent que le ministre de la Santé et son collègue le ministre des Finances étaient parmi les personnes soupçonnées de malversations financières, et notamment de surfacturation de soins et de services aux malades. La justice ayant été saisie, la Cour de cassation adressa au mois de septembre 2020 une requête au bureau de l'Assemblée nationale pour demander la levée de l'immunité parlementaire du ministre de la Santé afin d'autoriser d'éventuelles poursuites judiciaires contre lui[16]. Le scandale fit grand bruit. Le 10 septembre 2020, le président de l'Observatoire des dépenses publiques (ODEP) appela le ministre de la Santé à démissionner au vu des graves soupçons de corruption pesant sur lui, et à se mettre à la disposition de la justice[17].

Le mardi 25 août 2020, le ministre de la Santé organisa une conférence de presse pour se disculper des accusations portées contre lui et faire le point sur la gestion de la pandémie par son ministère. Il commença par affirmer qu'il n'y avait eu aucun détournement des fonds alloués à la riposte contre la pandémie avant de faire le point sur la gestion médicale de la pandémie et sur la gestion des fonds alloués dans le cadre de la riposte contre la Covid-19. Après avoir présenté un rapport financier détaillé de l'utilisation des fonds mis à la disposition de son ministère, il conclut en disant que les fonds alloués à la Covid-19, ceux reçus des bailleurs des fonds et ceux des tiers, avaient servi à la fois à lutter contre la Covid-19 au ministère de la Santé et à soutenir l'ensemble des secteurs sociaux, sanitaires et économiques congolais, dont le fonctionnement normal avait été affecté par la crise sanitaire. Face à cette déclaration les mettant implicitement en cause, les hauts responsables concernés par l'administration des ces fonds se sentirent obligés de justifier leur gestion financière. Ainsi, le chef du gouvernement s'est défendu en disant avoir débloqué, de mars à juin 2020, plus de 10 millions de dollars US pour la riposte contre la pandémie. De son côté, le médecin-chef en charge de la riposte contre la pandémie a dit n'avoir géré qu'un peu moins de 1,5 million de dollars US depuis l'apparition des premiers cas, tandis que le ministre de la Santé affirmait n'avoir géré qu'environ 3 millions de dollars US[18].

Pendant que cette polémique enflammait les réseaux sociaux, les agents et personnels soignants dédiés à la lutte contre la pandémie continuaient leur grève commencée en juillet pour le non-paiement de leurs rémunérations. Alors que certains demandaient la démission du ministre de la Santé, celui-ci n'a pas démissionné et il a continué à s'occuper de la riposte contre la pandémie de Covid-19, et l'affaire s'est arrêtée là[19]. Ces différentes controverses ont semé des confusions à la fois sur la gestion de la pandémie et sur l'existence de la maladie à coronavirus, largement amplifiées par les réseaux sociaux. Elles ont engendré parmi la population un sentiment général de défiance quant à l'existence réelle de la pandémie et ont jeté le discrédit sur la parole des autorités politiques et sanitaires à propos du risque de pandémie.

14 Au sujet de la réaction du ministre de la Santé voir, *Voice of America*, « Gestion du coronavirus : acculé, le ministre Eteni Longondo porte plainte pour diffamation » *Voaafrique*, 9 juillet 2020. https://www.voaafrique.com/a/virus-en-rdc-et-r%C3%A9seau-mafieux-mis-en-cause-le-ministre-de-la-sant%C3%A9-contre-attaque/5496605.html.

15 Voir à ce sujet, « RDC : des responsables de la gestion des fonds anti-Covid suspectés de détournement », Rfi Afrique. Voir https://www.rfi.fr/fr/afrique/20200816-rdc-responsables-gestion-fonds-covid-suspicions-detournement.

16 Thierry Mfundu, « Le ministre de la Santé doit démissionner. Lorsqu'on est soupçonné dans une affaire grave comme ça, il faut se mettre à la disposition de la justice » (Valéry Mandiangu, président ODEP), Politico. 11 septembre 2020, https://www.politico.cd/encontinu/2020/09/11/le-ministre-de-la-sante-doit-demissionner-lorsquon-est-soupconne-dans-une-affaire-grave-comme-ca-il-faut-se-mettre-a-la-disposition-de-la-justice-valery-mandiangu-president-odep.html/68055/.

17 L'enchevêtrement des éléments lors de cette séquence révélant la gestion de la crise sanitaire est proche d'une certaine « vampirisation » de l'État (Bisa Kibul, 2019), où différents acteurs, privés et publics, officiels et officieux, agissent contre l'État, avec les moyens de l'État, mais pour leurs propres intérêts.

18 « Gestion des fonds anti-Covid en RDC : le ministre de la Santé s'explique » Rfi.fr Afrique, 26 août 2020, https://www.rfi.fr/fr/afrique/20200826-gestion-fonds-anti-covid-rdc-ministre-sant%C3%A9-explique.

19 Thierry Mfundu (*op. cit.*).

Les conséquences désastreuses des dispositifs sécuritaires sur les petites activités de l'économie informelle

Avec un des plus faibles taux de létalité, on peut comprendre que le coronavirus n'était pas la priorité des Congolais. En effet, durant l'année 2020, ces derniers ont moins souffert du coronavirus que des conséquences directes des mesures de restriction sanitaires sur la vie quotidienne et les économies locales. La menace de contamination par la Covid-19 a été particulièrement relativisée par l'existence d'autres menaces plus immédiates, et parmi celles-ci, le risque de ne pas pouvoir nourrir sa famille. En effet, la soudaineté des mesures d'interdiction de l'état d'urgence et la brutalité de leur application ont eu des conséquences directes sur la survie quotidienne, sur les inégalités sociales, sur les modes de vie et d'habiter, sur les liens sociaux, etc.

Outre les restrictions de déplacement, la fermeture des frontières et des places marchandes et l'interruption des activités économiques ont créé une situation de crise économique importante. Pour y faire face, les pouvoirs publics ont pris des mesures de soutien à l'activité économique, mais celles-ci n'ont concerné que les entreprises de l'économie « formelle », particulièrement les grandes entreprises du secteur privé qui ont su jouer de leurs influences politiques. En revanche, les petites activités de l'économie informelle assurant la survie quotidienne de la majorité de la population ont quasiment été « oubliées » par les pouvoirs publics[20].

Divisés, inorganisés, les regroupements d'unités de production informelle n'ont pas su, ou n'ont pas pu, se faire entendre des pouvoirs publics (Fabiani & Theys, 1987). Dès lors, les millions de personnes qui vivent et survivent des petites activités de l'économie informelle ont subi violemment l'impact des mesures de restriction sanitaires et la fermeture de leurs lieux de travail.

Cet « oubli » de l'accompagnement socioéconomique des personnes les plus démunies, et donc les plus vulnérables, nous semble caractéristique de la *slow violence*, une « violence lente » faite de mécanismes de domination et de pouvoir nécropolitiques, qui décident de qui peut vivre protégé par l'État et qui doit mourir dans l'indifférence. L'oubli du soutien aux petites activités économiques pendant la crise sanitaire apparaît comme une « intentionnalité » dans les enjeux de pouvoir qui semblent assigner certaines franges de la société à des *death-worlds*, c'est-à-dire aux « mondes de mort » dans lesquels leur existence est à la fois dévalorisée et privée de pouvoirs ; des franges sociales dont la vie ne semble pas vraiment avoir de la valeur (Medico & Wallach, 2020), comme en témoigne le confinement de la commune de la Gombe à Kinshasa.

Le confinement du centre des affaires et du grand marché

Lorsque le gouverneur de la ville de Kinshasa a annoncé le 26 mars 2020 le confinement de l'ensemble de la ville pour une durée de quatre jours, qui devait entrer en application dès le 28 mars 2020, les citadins n'ont disposé que de 24 heures pour faire leurs achats et s'approvisionner[21]. Mais dès cette annonce, les prix des denrées de base ont flambé jusqu'à quadrupler pour certains produits. Avec la colère de la population suite à la flambée des prix et la ruée sur les produits de base se profilait un risque de pillage et d'émeutes. Celui-ci a contraint les autorités de la ville à revenir sur leur décision de confinement strict de la ville de Kinshasa. Elles ont finalement décidé de confiner uniquement la commune de la Gombe, où se situent le centre des affaires et le grand marché, à partir du 6 avril 2020, rappelant que c'est en partant de cette localité que le virus se répandait progressivement dans les autres communes.

Mais le confinement de la Gombe a affecté l'ensemble de la population urbaine avec des conséquences importantes sur le plan économique et social. En effet, cette commune est le poumon administratif et économique de la ville. Elle concentre à la fois la totalité des administrations et des ministères, le centre des affaires et le plus grand marché d'approvisionnement de la ville. Chaque matin, la population

20 Nous développons en détail ce point dans Ayimpam et al. (2021).

21 En biopolitique, dès lors que les savoirs médicaux mettent en lumière les risques que les individus font peser les uns sur les autres du seul fait qu'ils vivent et agissent dans un espace commun, la question de la sécurité devient centrale (Gilbert 2003).

active, c'est-à-dire des centaines de milliers de gens, converge vers le centre des affaires et vers le grand marché pour y exercer une activité et y trouver les moyens de la survie quotidienne. Le confinement total de la commune de la Gombe pendant près de trois mois a eu des conséquences économiques et sociales désastreuses. Il faut dire que le grand marché est « l'entreprise » la plus importante de la ville. Environ 30 000 commerçants y exercent quotidiennement leur activité et des dizaines de milliers de travailleurs informels gravitent autour d'eux pour trouver un peu d'argent (Ayimpam, 2014). Sa fermeture et celle du centre des affaires ont plongé des dizaines de milliers de personnes dans une plus grande précarité.

Bien qu'étant contraints de rester chez eux, beaucoup de commerçants du grand marché ont migré vers les marchés de rue pour avoir un revenu. Mais, alors que le contexte épidémiologique exigeait de pratiquer la distanciation physique, nous avons constaté que les commerçants de rue se sont retrouvés entassés les uns sur les autres pendant que les riverains en profitaient pour « taxer » lourdement ceux qui étaient installés sur la devanture de leurs parcelles. Pour les petits commerçants, le risque d'infection au coronavirus s'est heurté au « risque concurrent » bien plus immédiat, connu et redouté, de ne pas pouvoir nourrir leur famille.

> « Avec l'état d'urgence et le confinement, lorsqu'on nous a demandé de rester à la maison, nous n'avons pas pu le faire, parce que nous vivons de nos ventes de légumes. En nous demandant de rester chez nous, comment voulaient-ils que nous vivions avec nos enfants ? Puisque pour nous, c'est seulement en vendant qu'on peut trouver à manger […] J'ai eu l'impression que c'était pour nous rendre malades, que nous attrapions la malnutrition, le Kwashiorkor, avec nos enfants ! Fallait-il que nous mourions de faim en restant à la maison ? Nous avons été contraintes de travailler malgré l'interdiction pour trouver comment nourrir nos familles. » [Fifi, femme maraîchère et vendeuse de légumes et épices]

> « Pour vivre durant cette période de crise, c'était très difficile. Peut-être que les autorités s'en sortaient très bien, mais pour nous autres débrouillards, les choses n'étaient pas faciles. Comme je suis tailleur, quelques personnes m'amènent des habits pour réparation, ça me permet de gagner 500 FC, 1 000 FC pour avoir un peu de riz à manger. » [Papa Claude, tailleur-couturier]

> « Les mesures sécuritaires ont entraîné des pertes de revenus avec des conséquences personnelles graves pour les personnes vulnérables ayant des revenus faibles, des emplois instables et précaires, et sans protection sociale. Je viens parfois travailler et à la fin de la journée, je retourne mains vides. Même quand les clients nous appellent pour faire un travail, ils ne nous payent pas bien parce qu'eux aussi ils ne travaillent plus ; eux aussi se plaignent, ils n'ont pas d'argent. » [Jadot, plomberie, indépendant]

> « Avec la pandémie, en tout cas, nous avons été incapables de payer notre loyer, notre revenu a chuté brutalement, c'était la mort, nous venions parfois travailler toute une journée, mais le soir, nous n'avions même pas gagné ne fût-ce que 1 000 FC pour le transport. » [Maître Pépé, mécanicien-garagiste]

Comme on peut le voir, le risque de santé que les autorités cherchent à gérer n'est pas forcément la priorité pour tout le monde.

Confinement et survie au quotidien

On peut se demander ici, comme on l'a fait ailleurs, comment ces personnes confrontées aux impératifs de la survie au quotidien concevaient le risque et se représentaient le danger (Ayimpam, 2019, p. 169). La plupart d'entre eux ne nous ont pas semblé prêter attention à la dangerosité de leurs pratiques, et ne semblaient préoccupés que par la nécessité de la survie au quotidien. Les pratiques risquées de braver les mesures de restriction qui sont les leurs se fondent sur et se justifient par des représentations du danger et du risque qui sont en totale contradiction avec celles qui fondent les logiques formelles des mesures de restriction sanitaires. D'ailleurs, pendant la période de l'état d'urgence sanitaire, il n'était pas rare de voir des lieux publics censés être fermés, comme les gargotes et les buvettes, qui ouvraient clandestinement. La distanciation physique n'y était pas respectée.

> « Pour nous, les responsables des bars, c'était difficile. L'argent ne circulait plus pendant le confinement. Les gens préféraient s'acheter de quoi manger que d'acheter de la boisson. Et pendant ce temps, nous, on ne faisait rien, d'autant plus que mon activité se trouve non loin d'un sous-commissariat de police. Nous nous rendions seulement dans notre lieu de travail pour garder notre matériel en bon état. On s'asseyait, et on espérait qu'un ou deux clients pourraient venir pour acheter ne serait-ce qu'une bouteille pour nous permettre d'acheter à notre tour de quoi manger, alors on a organisé la vente des boissons derrière les rideaux, en cachette. À la demande des clients, on a aménagé un espace secret, pour pouvoir vendre. Mais coronavirus nous a anéantis. » [Trésor Vaneck, tenancier d'un débit de boissons]

La fréquentation, malgré l'interdiction, des lieux habituels de sociabilité, répondait également au besoin d'échapper à l'isolement ou à la solitude. Pour certains, pratiquer la forme de sociabilité de proximité qui leur était habituelle, c'était choisir de prendre un « risque substituable » au risque d'infection (Peretti-Watel et al., 2008, p. 40). Souvent, c'est la petite corruption qui a permis l'ouverture clandestine de certains lieux normalement fermés comme les hôtels car, avec l'arrêt de toutes les activités économiques informelles du centre-ville, les policiers ont vu fondre eux aussi leurs revenus « habituels ».

> « La conséquence majeure de l'état d'urgence sanitaire sur notre secteur hôtelier et, de façon générale, dans le secteur du tourisme, est la baisse de la clientèle. Celle-ci a été due à la fermeture des frontières et l'arrêt d'autres domaines d'activité. Mais, vous savez que l'hôtellerie est aussi une question de passages et de ceux qui veulent la recréation. Alors, nous avons beaucoup dépensé en rétribuant les agents de la police judiciaire qui nous ont permis de faire fonctionner les services durant ce temps de l'état d'urgence. Vous comprenez ? » [Patron, propriétaire d'hôtel]

Au bout de deux mois de confinement du grand marché de Kinshasa, les petits commerçants commencèrent à manifester leur impatience. C'est pourquoi, après une succession de recours aux autorités restées sans réponse, ils prirent, le 9 juin 2020, le risque de forcer les barrières de police pour démarrer leurs activités. Des échauffourées avec la police s'ensuivirent, qui firent trois victimes parmi les manifestants. L'usage de la force a été un « risque choisi » par les commerçants, acculés par le manque d'argent pendant le confinement, pour signifier que l'appauvrissement qu'on leur imposait était devenu intolérable. Les gens comprennent et jugent les risques en termes de valeurs et de préoccupations émiques localement définies (Boholm, 2003, p. 161).

Enfin, après presque trois mois de confinement, la commune de la Gombe a été déconfinée le lundi 29 juin 2020. Dans une ville où plus de 90 % de la population dépend de l'économie informelle pour vivre au quotidien, interdire l'activité ou restreindre les déplacements a engendré des risques plus graves que la pandémie elle-même. Tous ces citadins qui survivent de la « débrouille » quotidienne (Ayimpam, 2014) vivent habituellement en fait dans un « univers risqué » (Le Breton, 2002). L'incertitude est un domaine expérientiel familier de l'existence des plus précaires pendant que les autres, majoritaires, vivent des opportunités quotidiennes offertes par l'économie informelle. Ils ont l'expérience, à la fois individuelle et collective, des « risques subis » (Zinn, 2008) et de l'exposition aux « risques familiers », prévisibles et immédiatement perceptibles comme la maladie, l'appauvrissement ou la violence, par exemple (Slovic, 2000). Ce fut très précisément le cas des travailleurs informels et des commerçants du grand marché de la Gombe et de tous ceux que l'interruption brutale d'activité sans compensation de l'État a privés de revenus. Ceux qui ont craint avant tout les risques que les mesures nécropolitiques faisaient peser sur leurs conditions de vie ont opposé diverses formes de défiance, de résistance ou de déni au risque d'infection au coronavirus.

Le déni du risque de pandémie

Les dysfonctionnements dans la communication des pouvoirs publics sur la pandémie et sur la mise en place autoritaire des mesures de prévention que nous venons de décrire ont renforcé le sentiment général de défiance que la société civile nourrit vis-à-vis de la parole autorisée des pouvoirs publics sur

le « risque objectif » du coronavirus. En témoigne un sondage indiquant qu'un mois après le début de la pandémie, la majorité des Congolais ne croyaient plus à la présence du coronavirus. Pourtant, pendant la première semaine suivant l'annonce du début de la pandémie, environ 90 % des gens croyaient à l'existence de la pandémie, mais après un mois, ils n'étaient plus que 30 % à y croire[22].

> « Nous portions des cache-nez, même si nous sommes dubitatives sur l'existence réelle de cette maladie ici chez nous. Pour nous, cette maladie n'existe pas. Parce que nous n'avons vu jusque-là aucune preuve tangible de cette maladie, même pas à la télévision qui n'a montré aucun mort de suite de ce coronavirus ici chez nous. » [Fifi, maraîchère et vendeuse de légumes et épices]

Non sans raison, l'épidémie de coronavirus a été perçue dans les milieux populaires comme la « maladie des riches », la « maladie des Blancs » ou la maladie de « ceux qui voyagent », car, effectivement, les premiers cas étaient des membres du gouvernement de retour de mission à l'étranger et des citoyens revenant d'Europe. La pandémie a aussi mis en lumière la fragmentation sociale qui oppose les classes sociales et surtout la ségrégation sociospatiale entre les milieux riches des quartiers centraux et les milieux pauvres des quartiers périphériques de la ville de Kinshasa. Énoch Matondo, un journaliste hospitalisé dans les Cliniques universitaires raconte que les autres malades « disaient que la maladie n'existait pas, de ne pas prendre le traitement, que c'était dangereux ». L'hôpital a fait venir des psychologues pour aider les médecins à faire entendre raison aux malades, qui restaient dans le déni en dépit des symptômes. Beaucoup se plaignaient d'être « privés de liberté » et demandaient à quitter l'hôpital avant la fin de leur traitement.

Les « infox » véhiculées par les réseaux sociaux et reprises par «la radio-trottoir» ont joué un rôle déterminant dans la propagation des fausses rumeurs et des « récits collectifs » qui se sont répandus au sein de la population comme une traînée de poudre. Avec l'omniprésence des réseaux sociaux, l'expérience individuelle du risque s'est « délocalisée » et « relocalisée » (Giddens, 1991) dans un mouvement permanent qui passe aujourd'hui par l'appartenance à des « communautés mondialisées d'expériences partagées » (Bourdin, 2003, p. 19). La « viralité numérique » porte bien son nom. En témoigne une petite vidéo qu'on pouvait visionner en 2020 montrant un jeune homme étudiant en Chine, sortant de l'hôpital guéri du coronavirus, qui déclarait en substance : *« Chers Africains, soyons fiers de nous, soyons fiers de notre peau noire, notre sang qui a les globules très forts pour combattre certaines maladies. »* Autour de lui, les médecins chinois ont confirmé qu'il était resté en vie parce qu'il « a la peau noire, les anticorps d'un Noir sont trois fois plus forts, puissants, et résistants que celui d'un Blanc ». Dès lors, cette rumeur d'une immunité naturelle des populations noires au coronavirus s'est propagée dans toute l'Afrique centrale plus vite que le virus lui-même. Les démentis apportés par le directeur des programmes d'urgence de l'OMS selon lesquels « les virus ne connaissent pas de frontières et ils ne se soucient pas de votre origine ethnique, de la couleur de votre peau ou de la quantité d'argent que vous avez sur votre compte bancaire » n'ont guère eu d'impact sur les représentations des gens, qui sont tout à la fois cibles et vecteurs des rumeurs et des fausses informations.

À la fin de l'état d'urgence sanitaire, le 22 juillet 2020, les statistiques de la pandémie de Covid-19 en RD Congo affichaient 8 626 cas cumulés, 4 790 guérisons, 196 décès [23], et le reste des cas était en soins. En fait, cinq mois après le début de l'épidémie, l'Afrique demeurait de manière générale le continent le moins touché par le coronavirus[24]. Si l'on considère l'ampleur des mesures de restriction des libertés face à l'inconsistance statistique de la menace, la disproportion paraît évidente. Même si le confinement *stricto sensu* n'a plus été reconduit, certaines mesures sécuritaires (couvre-feu, mesures barrières, port de masques de protection, etc.) avaient été maintenues par les autorités et n'ont été levées que le

22 Sondage réalisé par le journal *Alternances infos/ Les Points* au mois d'avril 2020.

23 Pendant la même année, en 2020, en RDC, 14 000 personnes sont mortes du paludisme https://www.radiookapi.net/2021/04/25/actualite/societe/rdc-14-000-personnes-sont-mortes-de-paludisme-en-2020.

24 Il est probable que l'absence d'infrastructures pour la détection, le confinement et la prise en charge des malades, ainsi que le faible nombre de tests effectués et le manque de données fiables, ont fait que le nombre de cas a été largement sous-estimé.

14 février 2022[25]. On ne peut donc manquer de s'étonner de la disproportion entre la possibilité d'une menace sanitaire dont on n'a pas réellement vu les effets, et l'étendue des mesures de restriction des libertés publiques portant atteinte aux principes démocratiques de l'État de droit[26] (Agamben, 2005).

Conclusion

Pendant l'état d'urgence sanitaire en 2020, le confinement strict de la commune de la Gombe dans la ville de Kinshasa, et la non-prise en compte du mode de vie des catégories sociales les plus vulnérables, qui vivent au jour le jour, témoignent, selon nous, du caractère nécropolitique des mesures de restriction prises par les pouvoirs publics. Ces mesures ont eu comme effet inverse et paradoxal d'exposer des dizaines de milliers d'habitants de Kinshasa à la *slow violence* des « risques concurrents », tout en accroissant la vulnérabilité de millions d'autres à leurs « risques familiers ». On est ici aux antipodes de l'idéal de la biopolitique de Michel Foucault, celui d'un « gouvernement pastoral » paisible et non violent. En effet, si la biopolitique consiste à « faire vivre et laisser mourir », la nécropolitique consiste plutôt à « laisser vivre et faire mourir ». Ainsi, notre analyse a montré qu'à l'instar d'autres pays africains, l'état d'urgence sanitaire a créé un « compromis atroce entre sauver des vies ou des moyens de subsistance ou, dans un scénario du pire, sauver les gens du coronavirus pour les faire mourir de faim », comme l'a si bien souligné le Programme alimentaire mondial[27]. De ce point de vue, on peut dire que la gouvernance de la crise sanitaire a dramatiquement illustré la notion de nécropolitique, telle que définie par Achille Mbembe (2003), pour qui l'expression ultime de la souveraineté résiderait notamment dans le pouvoir et la capacité de dicter qui peut vivre et qui doit mourir.

Bibliographie

Agamben, G. (2005). State of exception. *University of Chicago Press*.

Ayimpam, S., Bisa Kibul, M., Bouju, J., & Lisongomi, A. (2021). L'action publique en contexte de COVID-19 : Le soutien à l'activité économique pendant la crise sanitaire au Congo-Kinshasa. Dans F. Lapeyre et S. Barussaud (dirs.), *L'Économie informelle en Afrique face à la crise de la Covid-19*, Louvain-la-Neuve, Academia-L'Harmattan, pp. 167-207.

Ayimpam, S. (2019). Risques et insécurité au Grand marché Rood Woko de Ouagadougou (Burkina Faso). Dans F. Lapeyre et S. Barussaud (dirs.)*, La formalisation vue d'en bas : enjeux pour la transition vers l'économie formelle, Louvain-la-Neuve, Academia-L'Harmattan*, pp. 153-175.

Ayimpam, S. (2014). *Economie de la débrouille à Kinshasa : informalité, commerce et réseaux sociaux*. Karthala.

Bisa Kibul, M. (2019). *La gouvernance foncière en RD Congo : du pluralisme institutionnel à la vampirisation de l'État*. Academia.

Boholm, A. (2003). The cultural nature of risk: Can there be an anthropology of uncertainty?. *Ethnos*, *68*(2), 159-178.

Bourdeaux, I. (2010). Gouverner l'incertitude : les apports des sciences sociales à la gouvernance des risques sanitaires environnementaux : Compte rendu de colloque (Paris, 6-7 juillet 2009). *Natures Sciences Sociétés*, *182*(2), 212-214.

Bourdin, A. (2003). La modernité du risque 1. *Cahiers internationaux de sociologie*, (1), pp. 5-26.

Dans Fabiani, J. L., & Theys, J. (dirs.) (1987). *La société vulnérable : évaluer et maîtriser les risques*. Presses de l'École normale supérieure.

Fortané, N., & Keck, F. (2015). Ce que fait la biosécurité à la surveillance des animaux. *Revue d'anthropologie des connaissances*, (2), pp. 125-137.

Foucault, M. (2004a). *Sécurité, territoire, population*. Gallimard-Seuil.

Foucault, M. (2004b). *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France, 1978-1979*. Gallimard-Seuil.

Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity*. Cambridge Polity Press.

25 Le juriste Muhima s'en est ému : « Nous pensons qu'il est temps que les dirigeants […] congolais […] ne doivent plus sacrifier les droits et libertés fondamentaux des populations sur l'autel des objectifs de santé publique, et ce, à cause d'un virus dont le taux de létalité ne dépasse même pas 5 %. » (Muhima 2021)

26 Voir aussi à ce sujet Agamben, G., 2020, « Coronavirus et état d'exception », ACTA. https://acta.zone/giorgio-agamben-coronavirus-etat-dexception/.

27 Le Programme alimentaire mondial considère que la pandémie de Covid-19 pourrait provoquer un doublement du nombre de personnes souffrant de la faim - dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne. https://www.wfp.org/stories/wfp-chief-warns-hunger-pandemic-global-food-crises-report-launched.

Gilbert, C. (2003). La fabrique des risques. *Cahiers internationaux de sociologie*, (1), pp. 55-72.

Giordanengo, D. (2016). The state of exception. *E-International Relations*, *21*. Review. https://www.e-ir.info/2016/06/21/the-state-of-exception/.

Lakoff, A., & Collier, S. J. (dirs.). (2008). *Biosecurity interventions: global health and security in question*. Columbia University Press.

Le Breton, D. (2002). *Conduites à risque : des jeux de mort au jeu de vivre* (Vol. 371). Presses Universitaires de France.

Mbembe, A. (2003). Necropolitics. *Public Culture*, *15*(1), 11-40.

Mbembe, A. (2006). Necropolitics. *Raisons politiques*, *21*(1), 29-60.

Mbembe, A. (2019). *Necropolitics, Durham and London*. Duke University Press.

Medico, D., & Wallach, I. (2020). *Nécropolitique, finitude et genres trans.* Frontières, *31*(2). https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2020-v31-n2-fr05380/1070332ar/

Muhima, M. A. (2021). Les institutions spécialisées de riposte contre le covid-19 et la promotion de l'état de droit en RDC : état des lieux, défis et perspectives. *KAS African Law Study Library*, *8*(1), 82-90.

Nixon, R. (2011). *Slow Violence and the Environmentalism of the Poor*. Harvard University Press.

Peretti-Watel, P., Obadia, Y., Arwidson, P., & Moatti, J. P. (2008). "Un risque, ça va! Trois risques, bonjour les dégâts?" Les difficultés de l'éducation pour la santé à prévenir des risques comportementaux multiples. *Promotion & éducation*, *15*(1), 40-45.

Peretti-Watel, P., & Châteauneuf-Malclès, A. (2020). Sociologie du risque et crises sanitaires : un éclairage sur la pandémie du coronavirus. *ENS-SES, en ligne.* http://ses.enslyon.fr/articles/sociologie-du-risque-et-crises-sanitaires-un-eclairage-sur-la-pandemie-du-coronavirus.

Sandset, T. (2021). The necropolitics of COVID-19: Race, class and slow death in an ongoing pandemic. *Global Public Health*, *16*(8-9), 1411-1423.

Slovic, P. (2000). *The Perception of Risk*. Earthscan.

Zinn, J. O. (2009). The sociology of risk and uncertainty–current state and perspectives. *The Future of Sociology. Australian Sociological Association*. https://www.researchgate.net/publication/228482368-The-sociology-of-risk-and-uncertainty-Current-state-and-perspectives.

Zinn, J. O. (2008). A comparison of sociological theorizing on risk and uncertainty. *Social theories of risk and uncertainty: An introduction*, 168-210.

Weisbein, J. (2015-2016). Sociologie des risques, séminaire de l'Institut politique de Toulouse. *Science Po Toulouse*.

Governing Health Crisis and Risk Exposures to Covid-19 Pandemic in the Democratic Republic of Congo

Sylvie Ayimpam
Anthropologist, UMR CNRS 8171-243 IMAF, Aix-Marseille University
ayimpam@mmsh.univ-aix.fr

Jacky Bouju
Anthropologist UMR CNRS 8171-243 IMAF, Aix-Marseille University
jacky.bouju@univ-amu.fr

How to cite this paper:
Ayimpam S. et Bouju J., (2022). Governing Health Crisis and Risk Exposures to Covid-19 Pandemic in the Democratic Republic of Congo. *Global Africa*, (2), pp. 204-215.
https://doi.org/10.57832/9v66-hy12

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

Abstract

This article examines the necropolitics in the governance of the Covid-19 health crisis and the exposure of poor members of the population to the risk of contamination in DR Congo in 2020. By enacting a state of emergency and restricting the freedom of action and movement of citizens whose daily survival depends on it, the measures taken to prevent the pandemic spread had the opposite effect of exposing hundreds of thousands of them to new risks. Moreover, the day-to-day management of the pandemic was at times flawed and chaotic, contributing to widespread denial of the risk associated with the pandemic. The authors argue that resistance by citizens to containment measures prohibiting their daily survival activities has fostered the emergence of "competing" risks and created new vulnerabilities, aggravating pre-existing "familiar" risks. This dramatic paradox is interpreted here as the consequence of an authoritarian necropolitical governance.

Keywords

Covid-19, Governance, Risk, Necropolitics, Democratic Republic of Congo

Introduction

The Covid-19 pandemic has emerged around the world as a new danger, accompanied by considerable uncertainty about the extent of the threat, the effectiveness of the means of dealing with it and its consequences. In the DR Congo, during the first wave of the pandemic in 2020, the uncertainty was all the greater because the new political authorities inherited an administration that was undermined by the consequences of structural adjustment programmes, but also by decades of political instability, corruption, clientelism, and a long tradition of poor management of public services, from which the health services, with their many structural weaknesses, have not escaped. It is in this context that the decision-makers and experts of the Ministry of Health, with the assistance of the World Health Organisation, prepared a 'National Response Plan to Covid-19' in January 2020 which set out the priorities for the management and prevention of the risk of the virus circulating[1]. This paper began by questioning the ambiguity of the 'safety' of the state of the health emergency and the 'National Response Plan' implemented during the first wave of the pandemic in 2020. We sought to understand how the preventive measures imposed by the state of health emergency on the population of the city of Kinshasa seemed to have the opposite effect of exposing tens of thousands of inhabitants to 'competing risks' (Peretti-Watel & Châteauneuf-Malclès, 2020) while increasing the vulnerability of millions more to their familiar risks. We propose to explain this paradoxical situation by the necropolitics of health inequality, which has long accommodated the existential precariousness of millions of citizens who manage to eke out a living from day to day. The restrictive measures (the closure of air, land and sea borders, the introduction of curfews, the establishment of a state of health emergency, the ban on gatherings, the closure of places of worship, schools, universities, restaurants and cafés, etc.), combined with the absence of social welfare protection and support measures for those who survive through the informal economy, have had very serious economic and social consequences for those in the most vulnerable socio-economic categories. Based on a field survey[2], our analysis draws on the concept of 'necropolitics' developed by Achille Mbembe (2003, 2006, 2019), who conceptualises it as an extension of Michel Foucault's concept of 'biopolitics' (2004a, 2004b), which he associates with Agamben's notion of 'state of exception' (Agamben, 2005; Giordanengo, 2016). This concept thus applies to the mechanisms of domination and power that dictate who must live protected by the state and who can die with indifference. The interest of this concept is that it :

> "[...] puts a materiality and intentionality back into the power stakes between social groups. It allows us to think about the structural inequalities of our contemporary world, which obviously assigns some people to death-worlds in which their existence is not only devalued and disempowered, but also de-subjectivised, and their lives have no real value" (Medico & Wallach, 2020).

Following Sandset (2021), we have added to this conceptual combination the concept of 'slow violence' theorised by Rob Nixon (2011) to account for the particular structural violence experienced by the most disadvantaged social categories exposed to the prohibitions imposed by the state of health emergency. We tested the heuristic value of this conceptual combination in our case study of the political management of the lockdown, between April and July 2020, of the commune considered the epicentre of the pandemic in the city of Kinshasa, Gombe a commune that concentrates both the business and administrative centre of this enormous city of more than 12 million inhabitants. We show that the resistance and resilience of small-scale informal traders to the ban on their livelihood during the lockdown created new vulnerabilities in the population and aggravated pre-existing existential risks linked to the general precariousness of their living conditions. We deduce that the

1 We analyse this government plan in detail in another contribution on public action in the context of Covid-19 (Ayimpam et al. 2021).

2 The material on which this article is based comes from a field survey as part of a study entitled "Study of the impact of the Covid-19 crisis on actors and enterprises in the informal economy in Congo-Kinshasa", carried out between May and September 2020 by LARSEP/Observatoire de la gouvernance in Kinshasa, DR Congo. It resulted in a study report of the same name for the International Labour Organisation (ILO) in Kinshasa and Geneva, Switzerland.

management of this health crisis is intertwined with necropolitical factors of the 'slow violence' that preceded the pandemic, and which adds to the disproportionate distribution of vulnerabilities to the risks of infection, death and economic impoverishment. We also show that the communication of public officials on the pandemic was sometimes flawed, often chaotic, and associated with scandals in the political management of the pandemic that contributed to the widespread denial of risk.

The question of 'risk', its representations, perceptions and management is therefore central to understanding and interpreting the attitudes and behaviours of city dwellers in Kinshasa in the face of the prevention measures put in place by the state authorities. This notion deserves to be considered, as it is still the subject of much debate in the sociological literature[3] . Although there is no definition of risk that is appropriate to all points of view and all problems, we will retain the one proposed by Alain Bourdin, which seems to us to be the most encompassing:

"If we define risk as that which can happen and which we would not want to have to undergo directly or indirectly (through its consequences), we characterise a category in its relationship to the world which, while it can be very general in character, can take different forms and be the object of diverse constructions" (Bourdin, 2003, p. 13). We position ourselves more particularly in the field of a socio-anthropology of risk and uncertainty which considers that risk is a social construction based on a double postulate. On the one hand, there are 'objective' dangers (personal or collective) that threaten the immediate environment of individuals and societies, and on the other hand, subjective representations of these dangers that are socially and politically constructed through interactions between individual and collective actors with very heterogeneous identities (close relatives, social groups, the media, the state, scientific experts, etc.) (Weisbein, 2015:5). In the following paragraphs, we will present the preventive health measures put in place in 2020 in the context of the state of emergency enacted by the Congolese authorities. Secondly, we will examine the main scandals and controversies that marked the day-to-day political management of the pandemic during 2020 and fuelled the denial of the pandemic in the population. We will then develop a case study from the lockdown of the commune of Gombe (and essentially the city's business centre and largest market), showing the necropolitical character of the arrangement and its existential consequences for millions of vulnerable people (Fabiani & Theys, 1987). Finally, we will analyse the way in which the denial of risk has become widespread in the population, based on the narratives conveyed by social media, which have seized upon the various polemics and controversies that have run through the fight against the pandemic.

The National Response Plan for Covid-19: An authoritarian health policy

As early as January 2020, even before the appearance of the first case of coronavirus, the Ministry of Health, in coordination with the World Health Organisation (WHO), put in place a mechanism to prepare for a possible arrival of the new coronavirus (Sars-CoV-2). This rapid decision by the political and health authorities was part of an "objective" conception of health risks that aimed to govern the uncertainty linked to "the expectation of adverse events in an uncertain future" (Boholm, 2003; Gilbert, 2003; Zinn, 2009; Boudeaux, 2010). The first case of coronavirus was detected in Kinshasa on 10 March 2020 in a traveller from France. The very next day, on 11 March 2020, the Congolese government published a first version of the National Government Response Plan to Covid-19[4] , which entrusted the response to two main bodies: the Multisectoral Response Committee (CMR-COVID-19), headed by the Prime Minister, and the Technical Secretariat, headed by the Covid-19 Response Coordinator, appointed by the President of the Republic. This organisation was decentralised to the provincial level through coordination committees chaired by provincial governors. In a few days, fourteen new confirmed cases were identified in Kinshasa. Most of them were people who had come from European countries or had stayed abroad. This concentration of confirmed Covid-19 cases in the Congolese capital, which has a

3 For a detailed state of knowledge on the sociology of risk, which is developing rapidly in France, see the presentation of Julien Weisbein's seminar (2015–2016), "Sociologie des risques".

4 The final version, with a budget of US$135.2 million, was released on 1 April 2020. Information taken from the document published by the DRC government in May 2020: Programme multisectoriel d'urgence d'atténuation des impacts de la Covid-19 en République démocratique du Congo (PMUAIC-19), Kinshasa, DRC.

population of more than ten million, raised concerns about the threat of a health catastrophe. More so since the 20th of March, when the WHO and other experts announced a global health cataclysm and that Africa should prepare for the worst. A week after the discovery of the first coronavirus case, the Congolese authorities declared a state of health emergency on 18 March 2020[5] . As can be noted:

> "Whereas earlier forms of biopolitics relied on statistical models to predict and measure risk, biosecurity involves preparing for a disaster whose probability is incalculable and whose arrival is perceived as imminent" (Lakoff & Collier 2008, cited in Fortané & Keck , 2015, p. 125).

The problem is that the state of emergency, proclaimed for 'health' purposes, was based on the provisions of Article 85 of the Constitution, which only concerns a state of security emergency, i.e. a state of political exception. For the Congolese jurist Muhima, a state of emergency defines the legal use of force 'to act on a day-to-day basis, in particular by restricting certain freedoms, including freedom of movement, assembly and enterprise' (Muhima, 2021, p. 82). Like the state of emergency, the state of exception is defined as a 'special condition in which the legal order is seriously suspended due to a serious emergency or crisis threatening the state' (Giordanengo 2016, p. 1, quoted by Sandset 2021: 1413). This ambiguity has given rise to legal controversy in Kinshasa . Indeed, how can we distinguish between a "state of health emergency" and a "state of security emergency"? The management of the pandemic appears to some extent to be the occasion for a return to force and arbitrariness in the exercise of political power. Thus, one of the spectacular security measures of the state of health emergency was the establishment of a *cordon sanitaire* or quarantine, around the city of Kinshasa[6], regarded as the epicentre of the pandemic in the country, in order to prevent its spread to other provinces. At first glance, this type of arrangement seems to be in historical continuity with the practice of *cordon sanitaire* and quarantine used by colonial and post-colonial public health systems in the face of epidemics and pandemics. However, as we shall see below, this system did not concern all of Kinshasa's urban dwellers in the same way.

Rumours, scandals and controversies in the management of a pandemic

The implementation of the National Health Response Plan was marred by rumours and scandals that generated considerable controversy in public opinion and on local social media networks. We propose to revisit some of them here, in order to better understand how these different controversies fed the construction of the denial of the pandemic's existence by the population.

Confusion on the identity of patient 0 (March 2020 and August 2020)

The management of the pandemic started with a confusion on the identity of 'patient 0' when, on 10 March 2020, the Minister of Health announced that the first person infected with the coronavirus in Congo was not a Belgian citizen, but a Congolese citizen. He then corrected this by saying that it was a 52-year-old Congolese subject living in France. But the confusion continued when he publicly stated that the patient was in quarantine in Kinkole, a suburb far from down-town Kinshasa. Indeed, at the same time, a police unit was filming in a hotel in down-town Kinshasa where the same patient was confined to a room. The very next day, there was another twist[7] . In another video, the alleged patient 0 denied the official information and diagnosis that he was ill with the coronavirus, before retracting

5 The seven biosecurity measures concern the closure of important gathering places (such as markets and places of education, worship and catering), and six concern access to and movement within the national territory. These measures, which initially concerned only people coming from risk and transit countries, were generalised and led, a few days later, to the total closure of the borders to passengers, allowing only aeroplanes and cargo ships and other means of transporting freight to circulate and access them.

6 Lotoy Ilango-Banga, J.-P., 2020, "L'état d'urgence face au coronavirus en RDC: controverse ou cacophonie juridique?", Bulletin de l'Obss, no 3, Observatoire des sciences sociales pour la pandémie de Covid-19, Larsep-OG-IMAF, published on 2 June 2020. Available https://larsep1.wordpress.com/.

7 Litsani, C., 2020, "Les autorités de la RDC ont réussi à faire peur au Coronavirus", Politico.cd, 28 March 2020. Available at https://www.politico.cd/la-rdc-a-la-une/2020/03/28/les-autorites-de-la-rdc-ont-reussi-a-faire-peur-au-coronavirus.html/56507/.

this statement and finally being confined for 28 days in a health[8] facility. At the end of his confinement, his 'release' was the subject of a pompously organized event by the Minister of Health . This imbroglio found an explanation five months later, when 'patient 0' participated in a popular politics show broadcast live on an internet channel, during which he declared that he wanted to reveal everything about the circumstances surrounding his identification as the first patient of Covid-19. He confessed that he had been forced by the Minister of Health himself to say that he was a carrier of the coronavirus (even though several tests had shown negative results). At the end of the programme, he denied that he was patient 0 or that he was infected as presented to the public. He apologised to the public, saying he regretted having cooperated in such a charade. Commenting on the controversy over the alleged first Covid-19 patient, Congolese researchers Célestin Musao[9] and Michel Bisa[10] note that the confusion over the identity of the first patient by the Minister of Health had led to much rumour and speculation. The first doubts about the existence of the pandemic thus began to take shape while, at the same time, there were no support measures taken by the public authorities to accompany the population, which was faced with activity restriction measures that were ill-suited to the socio-economic realities and lifestyle of the majority of the Congolese population.

Controversy over the legality of the state of emergency (April 2020)

A controversy arose in April 2020 over the legality of the presidential order proclaiming the state of health emergency referred to above. On 11 April 2020, on a local radio station, the then Senate President, Alexis Thambwe Mwamba, caused an uproar by insinuating that the health emergency order was illegitimate because, according to the protocol, the Upper chamber should have been convened to regularise the order. The day after this statement, on the same radio channel, the first vice-president of the National Assembly intervened in turn to point out to the the criminal nature of the Senate President's invectives against the head of state. This polemic at the top helms of the State had the worst effect in the context of uncertainty about the pandemic and raised concern about its seriousness at the time. For Jean-Pierre Lotoy Ilango-Banga (2020), the situation demanded political intelligence of unity and loyalty and the suppression of selfish political interests. The cacophony of power was a very bad signal to the worried population.

Uproar over a proposed vaccine trial on the population (April 2020)

An intense controversy erupted in April over a proposed clinical trial for a vaccine against Covid-19. On Friday 3 April 2020, in a press conference, the coordinator of the technical secretariat of the Multisectoral Committee for the Response to the Pandemic announced that the country was ready to host trials of a future vaccine against Covid-19, which would be produced either in the United States, Canada or China. The country would thus be a candidate for the clinical trials, which would eventually begin in around July and August 2020. Since he was speaking to the press with the US ambassador at his side, his words caused a real media uproar and created much confusion[11] . In order to calm the storm that he had awkwardly triggered, he had to make a new public statement a few days later in a video published on the official Facebook account of the Committee for the Response against Covid-19. The aim of the video was to reassure the public that there would be no vaccination in Congo without prior clinical trials in the US or China. He said that, as a Congolese himself, he would never allow Congolese to be used as guinea pigs. In fact, these strong reactions around a vaccine trial were amplified by the fact that these remarks come shortly after other clumsy remarks made on 1 April 2020 by a French doctor

8 Mfundu, T., "Mfundu, T., " Le ministre de la Santé doit démissionner. Lorsqu'on est soupçonné dans une affaire grave comme ça, il faut se mettre à la disposition de la justice ", (Valéry Mandiangu, ODEP president), Politico cd 11 September 2020. Available at https://www.politico.cd/encontinu/2020/09/11/le-ministre-de-la-sante-doit-demissionner-lorsquon-est-soupconne-dans-une-affaire-grave-comme-ca-il-faut-se-mettre-a-la-disposition-de-la-justice-valery-mandiangu-president-odep.html/68055/.

9 Musao Kalombo Mbuyu, C., "Covid-19: a critical-reflexive analysis of the pandemic in the DRC", Obss Bulletin, No. 2 (May 2020), Social Science Observatory for the Covid-19 Pandemic, Larsep-OG-IMAF. Published on 26 May 2020 by larsep316063597 on https://larsep1.wordpress.com/

10 Bisa Kibul, M., 2020, " 'Vampirised' States in Africa in the face of the coronavirus", Obss Bulletin, No. 1 (April 2020), Social Science Observatory for the Covid-19 Pandemic, LARSEP-OG-IMAF. Published on 26 May 2020 by larsep316063597 on https://larsep1.wordpress.com/

11 Kobongo, B., 2020, 'Covid-19 in DR Congo: from crisis communication to a communication crisis', Obss Bulletin, No. 4 (June 2020), Social Science Observatory for the Covid-19 Pandemic, LARSEP-OG-IMAF. Published on 30 June 2020 by larsep316063597 on https://larsep1.wordpress.com/.

who had the very bad idea of declaring that he wanted to test a vaccine against Covid-19 in Africa[12]. These various statements about testing a possible vaccine have contributed to the conspiracy theory that 'white' neo-colonisers are going to use Africans as guinea pigs. The deleterious effects of this controversy were not long in coming. Both militant and xenophobic videos began to circulate on social media, including accusations that 'whites' were deliberately 'coronising' Africa, while others denied the existence of a pandemic risk in Africa.

Failures in the care of coronavirus patients (May 2020)

A scandal set the web ablaze about the failings of the health administration in its care of patients. At the beginning of May 2020, several videos of patients hospitalised with Covid-19 circulated on social media networks. In one of these videos, hospitalised patients complained about being locked in their rooms, even though they had no medical follow-up; others claimed that hospital teams sometimes waited several hours before evacuating the dead from the rooms where they were interned; and others complained about the fact that old patients who had completed their treatment and at the end of their stay in hospital were put in the same rooms as new patients. This cohabitation was allegedly the cause of positive tests obtained by patients at the end of their treatment, which led to an extension of their stay in hospital for extra fourteen days with a new treatment.

These video testimonies caused such a controversy that the Head of State decided to visit the five largest hospitals in the capital himself to investigate the situation. This visit to the patients and staff of the health centres took place on Thursday 7 May 2020, when the country reached the figure of 863 confirmed cases of coronavirus. At the end of his visit to one of these hospitals, the Head of State was questioned by the patients from the windows of their hospital room. The images of these exchanges show patients talking about the deplorable conditions of their stay and medical care. They can also be seen shouting angrily that they are not getting enough to eat. Despite the plethora of issues that were raised on this occasion, it was the issue of patients' "hunger" that inflamed social media and public opinion. During the Council of Ministers meeting held the day after the presidential visit, the Head of State asked the ministers to propose solutions to the problems raised by patients and medical staff: among other things, better care for patients, improved catering, faster screening tests, payment of staff salaries and bonuses, and provision of protective suits and respirators.

Rumour of false declarations of Covid-19 deaths (May 2020)

During the first half of May 2020, a rumour spread in a video on social media about alleged issuances of false death certificates associated with Covid-19. The video showed individuals and families protesting against falsified death certificates for their deceased relatives. These certificates, allegedly issued by official medical structures, indicated that the patients had died of Covid-19, when they had clearly died of other diseases. In the days that followed the video, other families claimed to be victims of the same machination, creating a polemic that, day after day, spread rapidly on social media networks. The narratives reported cases such as that of a sick man who had died in hospital in the total indifference of the medical staff who had concluded, without any other form of examination, that he was a positive case of coronavirus. Or again, that of a person who died following an accident, whose corpse would have been extracted from the morgue to be registered as an additional victim of the coronavirus. Other rumours on the web and on the streets of Kinshasa began to mention the 'monetisation of corpses', claiming that in some medical facilities, families had been pressured, for a fee, to make false declarations of death as a result of Covid-19. On social media, fake news claimed that health structures in charge of the response to the pandemic were "forcing people" to blame the death of a family member on Covid-19. The same rumours claimed that as the number of Covid-19 victims increased, so did the financial allocation from international donors to the DRC. The controversy spread so widely that it gained the attention of the Head of State, who asked the Minister of Health to investigate the allegations against the Congolese government's efforts to combat the Covid-19 pandemic. As the Minister had already commissioned an investigation into the matter a fortnight beforehand, the report of this investigation, presented on Saturday 16 May 2020,

12 For more information on the outcry over the French doctor's controversial interview, see https://www.france24.com/fr/20200403-tester-des-vaccins-en-afrique-toll%C3%A9-et-excuses-apr%C3%A8s-une-interview-pol%C3%A9mique.

maintains that the allegations could not be verified by field investigations, as the people interviewed did not provide accurate and verifiable information regarding the origin of the information disseminated in this regard. The report also notes that the interviewees declared that since the bodies of the deceased were already buried, the story has passed, and they did not want to talk about it anymore. Furthermore, it argues that most of the messages circulating on the subject of false death certificate on the web were anonymous: the people who talked about it did not declare their identity, nor did they indicate their address or telephone number (Mfundu, 2020). In conclusion the report stressed that the investigation was not able to decide on the veracity of the information on the 'monetisation' of corpses and the issuances of fake death certificates.

Scandal over alleged misappropriation of Covid-19 funds (July 2020)

In early July 2020, about three weeks before the lifting of the state of health emergency, a confidential memo from the Deputy Minister of Health, dated 29 June 2020 and addressed to the Prime Minister, was leaked on social media. The memo draws the attention of the Prime Minister to the "disastrous" management of funds allocated by the government and funds received from technical and financial partners to fight the Covid-19 pandemic. The memo also notes that the disbursement of the largest sums was signed by the Minister of Health alone, and points to the existence in the Ministry of Health of "solid mafia networks purposely created to embezzle these funds" and allegedly associated with "certain members of the cabinet", who demanded "retro-commissions of up to 35% from the structures receiving these funds". The deputy minister 'testifies that he was regularly pressured to sign certain documents that were considered to be of low priority and serve-serving', relating to purchase or payment orders for pharmaceutical products. The dissemination of this "highly confidential" memo on social media took place at the same time as a general strike, launched on Monday 6 July 2020 by health workers and staff dedicated to the Covid-19 response team, who had not received their salary for three months. After the dissemination of this memorandum and the controversy it generated, the Minister of Health filed a complaint against X for defamation, precisely for having been implicated in this document claiming the existence of 'mafia networks' organised to embezzle the funds allocated to the fight Covid-19 . Three weeks later, in mid-August, the affair resurfaced following an investigation commissioned by the head of state and carried out by the General Inspectorate of Finances . The new scandal broke publicly on Thursday, August 13, 2020, when the Inspector General of Finance presented the results of the investigation, which explicitly implicated several senior officials, including members of the government. Judicial sources said that the Minister of Health and his colleague the Minister of Finance were among those suspected of financial malpractice, including overcharging for patient care and services. In September 2020, the Court of Cassation sent a request to the office of the National Assembly to lift the parliamentary immunity of the Minister of Health in order to authorise possible legal proceedings against him. The scandal made a lot of noise. On 10 September 2020, the president of the Observatory of Public Expenditure (ODEP) called on the Minister of Health to resign in view of the serious suspicions of corruption against him, and to make himself available to the courts . On Tuesday 25 August 2020, the Minister of Health held a press conference to clear his name of the charges against him and to provide an update on the management of the pandemic by his ministry. He began by asserting that there had been no misappropriation of funds allocated to the pandemic response, before giving an update on the medical management of the pandemic and the management of funds allocated to the fight against Covid-19. After presenting a detailed financial report on the use of the funds made available to the ministry, he concluded by saying that the funds allocated to Covid-19, from donors and from third parties, had been used both to fight Covid-19 at the Ministry of Health and to support all the country's social, health and economic sectors, whose normal functioning had been affected by the health crisis. Faced with this statement implicitly implicating them, the senior officials involved in the allocation of funds for the response to the pandemic felt obliged to justify their financial management. Thus, the head of government defended himself by saying that he had released, from March to June 2020, more than $10 million USD for the response to the pandemic. The Chief Medical Officer for the pandemic response said he had managed just under $1.5 million USD since the first cases appeared, while the Minister of Health said he had only managed about $3 million USD. While this controversy was inflaming social media, health workers dedicated to the fight against the pandemic continued their

strike that began in July over the non-payment of their salaries. While some called for the resignation of the Minister of Health, he did not resign and continued in his role in the Covid-19 pandemic response team, and the matter ended there (Mfundu, 2020).

Controversies and pandemic risk denial

Several controversies largely amplified by social media have created confusion about the management of the pandemic and the existence of the coronavirus disease. These controversies have created not just a general feeling of mistrust among the population as to the real presence of the pandemic, but also have discredited the word of the government and health authorities about the risk associated with the pandemic.

Disastrous consequences of lockdown and social distancing on small-scale activities in the informal economy

With one of the lowest fatality rates, it is understandable that the coronavirus was not a priority for Congolese citizens. Indeed, during the year 2020, Congolese suffered less from the coronavirus than from the direct consequences of the health restriction measures on daily life and local economies. The threat of Covid-19 contamination was particularly relativised by the existence of other more immediate threats, including the risk of not being able to feed one's family. Indeed, the suddenness of the prevention measures- put in place during the state of emergency and the brutality of their application had direct consequences on daily survival, social inequalities, ways of living and inhabiting, social ties, etc. In addition to the restrictions on freedom of movement, the closure of the airport and the lack of access to public transport had a direct impact on the quality of life. In addition, the closure of borders and marketplaces and the disruption of economic activities created a major economic crisis. In response, the public authorities took measures to support economic activities, but these have only benefited companies in the 'formal' economy, particularly the large private sector companies that have been able to use their political influence. On the other hand, the small activities of the informal economy, which ensure the daily survival of the majority of the population, have been virtually "forgotten" by the state authorities .

Divided and unorganised, the groupings of informal producers have not been able to make themselves heard by the state (Fabiani & Theys, 1987). As a result, the millions of people who live and survive on the small-scale activities of the informal economy have been violently affected by the impact of health restrictions and the closure of their workplaces. This 'neglect' of socio-economic support for the poorest, and therefore most vulnerable, people seems to us to be characteristic of slow violence, a 'slow violence' made up of mechanisms of necropolitical domination and power, which decide who can live protected by the state and who must die in indifference. The neglect of support for small-scale economic activities during the health crisis appears as an 'intentionality' in the power stakes that seem to assign certain fringes of society to death-worlds, i.e. 'death-worlds' in which their existence is both devalued and disempowered; social fringes whose lives do not really seem to have value (Medico & Wallach, 2020), as evidenced by the containment of the Gombe commune in Kinshasa.

The lockdown of the Centre d'Affaires and the Grand marché

When the governor of the city of Kinshasa announced on 26 March 2020 that the entire city was to be sealed off for a period of four days, which was to come into effect on 28 March 2020, city dwellers had only 24 hours to shop and stock up on provisions . But as soon as the announcement was made, the prices of basic foodstuffs soared up to fourfold for some products. With the anger of the population faced with soaring prices and the rush to buy basic products, there was a risk of looting and riots, which forced the city authorities to reverse their decision and to strictly confine from 6 April 2020 only the commune of Gombe, where the Centre d'Affaires and the Grand marché are located. We should recall that it was from Gombe that the virus gradually spread to the other communes. But the

confinement of Gombe has affected the entire urban population with important economic and social consequences. Indeed, this commune is the administrative and economic lung of the city. It is home to all the administrations and ministries, the business district and the city's largest supply market. Every morning in the city, the active population, i.e. hundreds of thousands of people, converge on the Centre d'Affaires and the Grand marché to carry out their activities and find the means for daily survival. The total confinement of the commune of Gombe for nearly three months had disastrous economic and social consequences. It must be said that the Grand marché is the most important 'business' in the city. Some 30,000 traders operate there daily and tens of thousands of informal workers gather around them to find a little money (Ayimpam, 2014). Its closure and that of the business centre have plunged tens of thousands of people into greater insecurity. Despite being forced to stay at home, many traders in the main market have migrated to the street markets to try to find some money. However, while the epidemiological context required social distancing, we found that the street traders found themselves crowded together while the local residents took advantage of this to heavily 'tax' those who were installed in front of their plots. For the small traders, the risk of coronavirus infection came up against the much more immediate, known and feared "competing risk" of not being able to feed their families.

> "With the state of emergency and the lockdown, when we were asked to stay at home, we couldn't do that, because we make our living from selling vegetables. When they asked us to stay at home, how did they want us to live with our children? Since for us, it is only by selling that we can find food [...] I had the impression that it was to make us sick, that we would catch malnutrition, Kwashiorkor, with our children! Did we have to die of hunger by staying at home? We were forced to work despite the ban to find ways to feed our families" [Fifi, market gardener and seller of vegetables and spices].

> "To live during this period of crisis, it was very difficult. Maybe the authorities were doing very well, but for us resourceful people, things were not easy. As I am a tailor, some people bring me clothes for repair, so I can earn 500 FC, 1,000 FC to have a little rice to eat" [Papa Claude, tailor].

> "The security measures have led to losses of income with serious personal consequences for vulnerable people with low incomes, unstable and precarious jobs, and no social protection. I sometimes come to work and at the end of the day I return empty-handed. Even when clients call us to do a job, they don't pay us well because they too are not working any more; they too complain, they have no money" [Jadot, plumber, self-employed].

> "With the pandemic, in any case, we were unable to pay our rent, our income dropped sharply, it was death, we sometimes came to work for a whole day, but in the evening we had not even earned 1,000 FC for transport" [Maître Pépé, mechanic].

As can be seen, the health risk that the authorities seek to manage is not necessarily the priority for everyone.

Consequences of lockdown and the need for daily survival

We can ask here, as we have elsewhere, how these people faced with the imperatives of everyday survival conceived of risk and represented danger to themselves (Ayimpam, 2019, p. 169). Most of them did not seem to pay attention to the dangerousness of their practices, and seemed only concerned with the necessity of everyday survival. The risky practices of defying the restrictive measures that they have adopted are based on and justified by representations of danger and risk that are in total contradiction with those that underlie the formal logic of the health restriction measures. Moreover, during the state of health emergency, it was not uncommon to see public places that were supposed to be closed, such as food joints and refreshment bars, open clandestinely. Social distancing was not respected.

"For us bar managers, it was difficult. Money didn't circulate during the lockdown. People preferred to buy food rather than drinks. In the meantime, we were not doing anything, especially as my business is not far from a police sub-station. We only went to our workplace to keep our equipment in good condition. We would sit down and hope that one or two customers would come and buy even a bottle

so that we could buy food in turn, so we organised the sale of drinks behind the curtains, secretly. At the request of the customers, we set up a secret space so that we could sell. But coronavirus wiped us out. [Vaneck Treasure, pub owner]. The patronage, despite the ban, of the usual places of sociability also responded to the need to escape isolation or solitude. For some people, practising the form of their usual close socialising that meant choosing to take a 'substituted risk' for the risk of infection (Peretti-Watel et al., 2008, p. 40). Often, it was petty corruption that allowed the clandestine opening of certain normally closed places such as hotels. With the closure of all informal economic activities in the city centre, the police also saw their 'usual' income disappear.

> "The major consequence of the state of health emergency on our hotel sector and, in general, in the tourism sector, is the drop in customers. This was due to the closure of the borders and the stopping of other areas of activity. But, as you know, the hotel industry is also a question of short visits and of those who want to relax. So, we spent a lot of money by paying the police officers who allowed us to run the services during this time of the state of emergency. Do you understand?" [Manager, hotel owner].

After two months of confinement of the Grand marché in Kinshasa, the small traders began to show their impatience. After a succession of unanswered appeals to the authorities, on 9 June 2020, they took the risk of breaking through the police barriers to start their activities. Scuffles with the police ensued, resulting in three victims among the protesters. The use of force was a 'chosen risk' by the traders, who were forced by lack of money during the lockdown, to signify that the impoverishment imposed on them had become intolerable. People understand and judge risks in terms of locally defined ethical values and concerns (Boholm, 2003, p. 161).

Finally, after almost three months of containment, the commune of Gombe was deconfined on Monday 29 June 2020. In a city where more than 90% of the population depends on the informal economy for their daily lives, banning activity or restricting movement has created risks more serious than the pandemic itself. All those city dwellers who survive on hustling daily (Ayimpam, 2014) are usually in fact living in a 'risky universe' (Le Breton, 2002). Uncertainty is a familiar experiential domain of the existence of the most precarious while the others, the majority, live on the daily opportunities offered by the informal economy. They experience, both individually and collectively, 'suffered risks' (Zinn, 2008) and exposure to 'familiar risks', predictable and immediately perceptible such as illness, impoverishment or violence, for example (Slovic, 2000). This was precisely the case for informal workers and traders in the Gombe market and for all those who were deprived of income by the sudden interruption of their activity without compensation from the state. Those who feared above all the risks that the necropolitical measures posed to their living conditions opposed various forms of defiance, resistance or denial to the risk of coronavirus infection.

Denial of the pandemic risk

Dysfunctions in the communication strategy of the state authorities on the pandemic and on the authoritarian implementation of the preventive measures that we have just described have reinforced the general feeling of distrust that the civil society have towards the authorized statements of the state authorities on the "objective risk" of the coronavirus. This is evidenced by a survey indicating that one month after the start of the pandemic, the majority of Congolese no longer believed in the presence of the coronavirus. Yet in the first week after the announcement of the start of the pandemic, about 90% of the people believed in the existence of the pandemic, but after a month, only 30% believed.

> "We wear masks, even though we are doubtful about the real existence of this disease here. For us, this disease does not exist. Because we have not seen any tangible evidence of this disease, not even on television, which has not shown any deaths from this coronavirus here" [Fifi, market gardener and seller of vegetables and spices].

Not without reason, the coronavirus pandemic was perceived in working-class areas as the "disease of the rich", the "disease of the whites" or the disease of "those who travel", because, indeed, the first cases were members of the government returning from missions abroad and citizens returning from Europe. The pandemic also highlighted the social fragmentation between social classes and, above

all, the socio-spatial segregation between the rich in the central neighbourhoods and the poor in the peripheral neighbourhoods of the city of Kinshasa. Énoch Matondo, a journalist hospitalised at the University Clinics, says that the other patients “said that the disease did not exist, that they should not take the treatment, that it was dangerous”. The hospital brought in psychologists to help doctors talk some sense into patients who remained in denial despite the symptoms. Many complained of being “deprived of their freedom” and asked to leave the hospital before their treatment ended.

The “infox” [fake news] spread by social media and picked up by the rumour-mill played a key role in the spread of false rumours and “collective narratives” that spread through the population like wildfire. With the omnipresence of social networks, the individual experience of risk has been ‘delocalised’ and ‘relocalised’ (Giddens, 1991) in a permanent movement that now involves belonging to ‘globalised communities of shared experience’ (Bourdin 2003, p. 19). ‘Digital virality’ lives up to its name. This is illustrated by a short video that could be seen in 2020 showing a young man studying in China, leaving the hospital cured of the coronavirus, who declared in substance: “Dear Africans, let’s be proud of ourselves, let’s be proud of our black skin, our blood which has very strong globules to fight against certain diseases”. Chinese doctors around him confirmed that he had stayed alive because “he has black skin, the antibodies of a black person are three times stronger, powerful, and resistant than that of a white person”. From then on, this rumour of a natural immunity of black populations to the coronavirus spread throughout Central Africa faster than the virus itself. Denials by the WHO’s Director of Emergency Programmes that ‘viruses know no borders and they don’t care about your ethnicity, the colour of your skin or how much money you have in your bank account’ have had little impact on the perceptions of people who are both targets and carriers of rumours and misinformation.

At the end of the state of health emergency on 22 July 2020, the Covid-19 pandemic in the DR Congo had recorded 8,626 cumulative cases, 4,790 recovered, 196 dead, and the remainder in care. In fact, five months after the start of the pandemic, Africa was still generally the continent least affected by the disease. If one considers the extent of the measures to restrict freedoms in the face of the statistical limitations of the threat, the disproportionality seems obvious. Even if the confinement *stricto sensu* was no longer renewed, certain security measures (curfew, barrier measures, wearing of protective masks, etc.) were maintained by the authorities and were only lifted on 14 February 2022. One cannot fail to be surprised by the disproportion between the possibility of a health threat whose effects have not really been seen, and the extent of the measures restricting public freedoms, which undermine the democratic principles of the rule of law (Agamben, 2005).

Conclusion

During the state of health emergency in 2020, the strict confinement of the commune of Gombe in the city of Kinshasa, and the failure to take into account the way of life of the most vulnerable social categories, who live from day to day, attest, in our view, to the necropolitical nature of the restrictive measures taken by the public authorities. These measures have had the opposite and paradoxical effect of exposing tens of thousands of Kinshasa’s inhabitants to the slow violence of ‘competing risks’, while increasing the vulnerability of millions of others to their ‘familiar risks’. We are here at the antipodes of Michel Foucault’s ideal of biopolitics, that of a peaceful and non-violent ‘pastoral government’. Indeed, if biopolitics consists of ‘making people live and letting them die’, necropolitics consists rather of ‘letting people live and making them die’. Thus, our analysis has shown that, as in other African countries, the health emergency has created an ‘excruciating trade-off between saving lives or livelihoods or, in a worst-case scenario, saving people from the coronavirus and starving them to death’, as the World Food Programme has so aptly put it. From this perspective, the governance of the health crisis can be said to have dramatically illustrated the notion of necropolitics, as defined by Achille Mbembe (2003), for whom the ultimate expression of sovereignty would include the power and capacity to dictate who can live and who must die.

Bibliography

Agamben, G. (2005). State of exception. *University of Chicago Press*.

Ayimpam, S., Bisa Kibul, M., Bouju, J., & Lisongomi, A. (2021). L'action publique en contexte de COVID-19 : Le soutien à l'activité économique pendant la crise sanitaire au Congo-Kinshasa. In F. Lapeyre et S. Barussaud (Eds.), *L'Économie informelle en Afrique face à la crise de la Covid-19*, Louvain-la-Neuve, Academia-L'Harmattan, pp. 167-207.

Ayimpam, S. (2019). Risques et insécurité au Grand marché Rood Woko de Ouagadougou (Burkina Faso). In F. Lapeyre et S. Barussaud (Eds.), *La formalisation vue d'en bas : enjeux pour la transition vers l'économie formelle, Louvain-la-Neuve, Academia-L'Harmattan*, pp. 153-175.

Ayimpam, S. (2014). *Economie de la débrouille à Kinshasa : informalité, commerce et réseaux sociaux*. Karthala.

Bisa Kibul, M. (2019). *La gouvernance foncière en RD Congo : du pluralisme institutionnel à la vampirisation de l'État*. Academia.

Boholm, A. (2003). The cultural nature of risk: Can there be an anthropology of uncertainty?. *Ethnos*, *68*(2), 159-178.

Bourdeaux, I. (2010). Gouverner l'incertitude : les apports des sciences sociales à la gouvernance des risques sanitaires environnementaux : Compte rendu de colloque (Paris, 6-7 juillet 2009). *Natures Sciences Sociétés*, *182*(2), 212-214.

Bourdin, A. (2003). La modernité du risque 1. *Cahiers internationaux de sociologie*, (1), pp. 5-26.

In Fabiani, J. L., & Theys, J. (Eds.) (1987). *La société vulnérable : évaluer et maîtriser les risques*. Presses de l'École normale supérieure.

Fortané, N., & Keck, F. (2015). Ce que fait la biosécurité à la surveillance des animaux. *Revue d'anthropologie des connaissances*, (2), pp. 125-137.

Foucault, M. (2004a). *Sécurité, territoire, population*. Gallimard-Seuil.

Foucault, M. (2004b). *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France, 1978-1979*. Gallimard-Seuil.

Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity*. Cambridge Polity Press.

Gilbert, C. (2003). La fabrique des risques. *Cahiers internationaux de sociologie*, (1), pp. 55-72.

Giordanengo, D. (2016). The state of exception. *E-International Relations*, *21*. Review. https://www.e-ir.info/2016/06/21/the-state-of-exception/.

Lakoff, A., & Collier, S. J. (Eds.). (2008). *Biosecurity interventions: global health and security in question*. Columbia University Press.

Le Breton, D. (2002). *Conduites à risque : des jeux de mort au jeu de vivre* (Vol. 371). Presses Universitaires de France.

Mbembe, A. (2003). Necropolitics. *Public Culture*, *15*(1), 11-40.

Mbembe, A. (2006). Necropolitics. *Raisons politiques*, *21*(1), 29-60.

Mbembe, A. (2019). *Necropolitics, Durham and London*. Duke University Press.

Medico, D., & Wallach, I. (2020). *Nécropolitique, finitude et genres trans.* Frontières, *31*(2). https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2020-v31-n2-fr05380/1070332ar/

Muhima, M. A. (2021). Les institutions spécialisées de riposte contre le covid-19 et la promotion de l'état de droit en RDC : état des lieux, défis et perspectives. *KAS African Law Study Library*, *8*(1), 82-90.

Nixon, R. (2011). *Slow Violence and the Environmentalism of the Poor*. Harvard University Press.

Peretti-Watel, P., Obadia, Y., Arwidson, P., & Moatti, J. P. (2008). "Un risque, ça va! Trois risques, bonjour les dégâts?" Les difficultés de l'éducation pour la santé à prévenir des risques comportementaux multiples. *Promotion & éducation*, *15*(1), 40-45.

Peretti-Watel, P., & Châteauneuf-Malclès, A. (2020). Sociologie du risque et crises sanitaires : un éclairage sur la pandémie du coronavirus. *ENS-SES, en ligne.* http://ses.enslyon.fr/articles/sociologie-du-risque-et-crises-sanitaires-un-eclairage-sur-la-pandemie-du-coronavirus.

Sandset, T. (2021). The necropolitics of COVID-19: Race, class and slow death in an ongoing pandemic. *Global Public Health*, *16*(8-9), 1411-1423.

Slovic, P. (2000). *The Perception of Risk*. Earthscan.

Zinn, J. O. (2009). The sociology of risk and uncertainty–current state and perspectives. *The Future of Sociology. Australian Sociological Association*. https://www.researchgate.net/publication/228482368-The-sociology-of-risk-and-uncertainty-Current-state-and-perspectives.

Zinn, J. O. (2008). A comparison of sociological theorizing on risk and uncertainty. *Social theories of risk and uncertainty: An introduction*, 168-210.

Weisbein, J. (2015-2016). Sociologie des risques, séminaire de l'Institut politique de Toulouse. *Science Po Toulouse*.



@Elise Fitte-Duval, « Série Dés-augmentation », réalisée dans le quartier Ouakam de Dakar, 2021.

Le chaos de la mort à l'ère de l'anthropocène

Étude comportementale face à la Covid-19 à Médenine (sud-est de la Tunisie)[1]

Mohamed Fares
Chercheur à l'Université de Tunis, Tunisie
faresm760@gmail.com

How to cite this paper:
Farès M., (2022). Le chaos de la mort à l'ère de l'anthropocène. Étude comportementale face à la Covid-19 à Médenine (sud-est de la Tunisie) . *Global Africa, (2)*, pp. 217-223.
https://doi.org/10.57832/b6wr-x910

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

Introduction

Au moment de la panique causée par la Covid-19, nous nous remémorons l'article de Norman Lewis intitulé « Jouer à blâmer la Covid-19[1] pourrait détruire la confiance dans la science » (2021). Nous pourrions aussi nous réclamer de l'historienne Judith Rainhorn pour son propos sur l'adaptation de notre monde aux « poisons légaux ». N'oublions pas non plus le dossier de Sciences Humaines, 2022 intitulé « Planète menacée, esprits troublés », qui conclut que « les communautés humaines feignent d'ignorer les menaces auxquelles elles s'exposent et les dangers qu'elles encourent ». Ces écrits se font écho alors que nous mesurons l'ampleur des dégâts infligés au

> « mur de certitudes que nous ont offert la bienheureuse mondialisation et la modernité à outrance, mais que la pandémie de la Corona a fait s'écrouler, nous prouvant ainsi que les prophéties ne se sont pas réalisées et que la chute, la ruine et le chaos sont désormais des possibles avec lesquels il convient de composer, au sein d'un réel dur et douloureux, où l'attente constitue le seul horizon et où la lassitude est l'unique perspective » (Al-ɛAṭrī, 2022).

L'annonce du premier cas officiel de Covid-19 date du 7 janvier 2020 en Chine, dans la ville de Wuhan (Anonyme, 2020a). Par la suite, la pandémie se répand de plus en plus vite, touchant plus de 159 États à travers le monde[2] et poussant ceux de l'Union africaine (UA) à instaurer des mesures sanitaires draconiennes, probablement inspirées par des décennies de lutte contre les épidémies d'Ébola, notamment en Afrique de l'Ouest. Les spécialistes de la santé ont alors estimé que la solution la plus adéquate pour l'Afrique était vraisemblablement le confinement sanitaire total (Boutaleb, 2020).

1 Ce texte a été traduit de l'arabe par Abdelhamid Ladhari.
2 Centre de recherche sur coronavirus, Université John Hopkins.

Mais la pandémie a aussi engendré de nouveaux discours empreints de religiosité, de politique et d'internationalisation, les uns en exagérant les effets et les autres en les minimisant. En parallèle est né un autre discours, que l'on pourrait assimiler à une gestion morale de la pandémie, et qui consistait en recommandations pratiques pendant le confinement, non seulement à travers des précautions sanitaires, mais également avec des aides pour la gestion du temps libre, un soutien psychologique, un encadrement des loisirs et une assistance pédagogique (Al-ɛAṭrī, 2022). Des recherches relevant de la sociologie et de l'anthropologie culturelle liées à l'espace maghrébin ou africain – comme les travaux de Jacques Berque ou de Clifford Geertz – inspirent cette réflexion. L'interprétation de Geertz repose principalement sur la définition de la culture telle qu'elle est donnée par Clyde Cluckhohn dans son livre *Mirror For Man* : il s'agit d'un concept essentiellement sémiotique. Ainsi partage-t-il ses convictions avec Max Weber en considérant l'homme comme « un animal pris dans des réseaux symboliques qu'il a lui-même tissés autour de [lui]. Dès lors, analyser ces symboles ne doit pas être une science empirique en quête d'une loi, mais plutôt une science interprétative en quête de sens » (Geertz, 1973).

Dans cette perspective, nous tentons de decrire les mesures exceptionnelles adoptées dans le contexte maghrebin face à la pandémie, ainsi que les réactions que celles-ci ont suscitées. Pour ce faire, nous avons choisi le gouvernorat de Médenine, dans le sud-est de la Tunisie, pour l'étude comportementale d'individus et de groupes après leur prise de conscience de la gravité de la pandémie et de la nécessité de faire face à cette dernière. Les comportements en question vont du respect des recommandations scientifiques au recours aux guérisseurs dans le but d'une protection individuelle. Ces attitudes ont pu, dans dans certains cas, générer une posture de déni vis-à-vis des acquis de la modernité, de la protection collective, voire une remise en cause de la notion de citoyenneté et des fondements mêmes de l'État. Nous avons d'autre part tenté de rendre compte des contestations sociales générées par la pandémie et plus largement du lien qui existe entre surmortalité, inégalités sociales et révoltes politiques. Aux revendications classiques de liberté, de dignité et relatives au travail, se sont ajoutées celles d'équité dans l'accès aux soins médicaux et aux prestations à caractère écologique.

En parallèle, une demande a émergé pour invalider la notion de chef-lieu, qui consacre la prééminence de certaines régions par rapport à d'autres. Nous terminons en portant notre réflexion sur la contagion virale en général à partir d'une réalité locale, et en comparant celle-ci à la situation d'autres États et entités régionales pour tenter de parvenir à une vision plurielle et pluridisciplinaire. Ainsi, le coronavirus émergent n'est pas un simple objet d'étude scientifique appliqué à un phénomène biologique réel, mais il permet de poser la problématique des relations entre les communautés locales et les institutions en tenant compte du degré de conscience des individus et des groupes dans leur « invention du quotidien »[3] en temps de crise, dans leur recherche de sauvegarde de la personne pour tromper la mort, en gérant au mieux les ressources naturelles et la production des savoirs auxiliaires.

Ce texte a pour ambition de construire une approche descriptive et herméneutique de ces comportements tels qu'ils se sont manifestés dans la région africaine indiquée.

Tentatives individuelles pour comprendre et expliquer la Covid-19

Avec le recul face à la Covid-19, nous tentons d'appréhender les réponses particulières durant la pandémie et les contestations en analysant la psychologie des individus et leurs réactions face aux traumatismes. On constate d'abord qu'il y a eu un déni très fréquent face aux premiers taux de contagion déclarés et une adhésion – largement intériorisée par la conscience collective – à la théorie du complot sur la provenance du coronavirus. Ensuite, la réalité a conduit à gérer la pandémie avec sérieux, loin du déni et de la stupéfaction du début. Une attitude de compromis a permis de débrider à la fois les discours rassurants et les propos alarmants

3 Le terme est en fait emprunté au lexique sociologique de Michel de Certeau (1925-1986) dans son livre *L'Invention du quotidien* (1990).

partout sur Internet. L'étape suivante est celle de l'acceptation pour cohabiter avec la pandémie en se dotant de protocoles de protection et en adoptant des habitudes d'hygiène préventive : port de masques, usage de toutes sortes de désinfectants et respect de la distanciation physique.

Les campagnes d'information ont eu pour effet d'amener les gens à observer scrupuleusement les recommandations préventives : port obligatoire du masque dans les lieux publics et utilisation des désinfectants. Les ménagères durent se soumettre à des protocoles supplémentaires avec le lavage des denrées alimentaires (légumes ou même conserves). Il leur fut même recommandé d'ajourner la consommation des produits (parfois plusieurs jours), car le virus meurt au bout de quelques heures s'il ne trouve pas de milieu favorable à son incubation.

Dans les milieux sociaux moyens, des habitudes se sont installées : l'usage de l'eau de javel, de l'alcool et des préparations de gels désinfectants. Des vêtements ont été consacrés à la sortie en ville, qu'on enlevait une fois qu'on était rentré chez soi. Dans les marchés et les commerces, afin de limiter la contamination, l'usage fut de désinfecter les mains et l'argent (billets et pièces de monnaie). Dans les couches sociales moins favorisées ou éloignées des métropoles, on a eu recours à des solutions moins onéreuses : on faisait bouillir des feuilles d'eucalyptus et, plus souvent, on brûlait de l'encens dans les chambres ou dans les habitats collectifs. On avait adopté la consommation des plats fortement épicés, avec beaucoup de piment, de l'ail et de l'oignon ainsi que la préparation des infusions chaudes à base de clous de girofle, de gingembre et d'autres herbes sauvages (à ce propos, des vidéos ont beaucoup circulé et ont été l'objet d'une large audience, surtout quand elles affirmaient que le procédé avait été couronné de succès).

Pour comprendre et expliquer la pandémie, les individus ont eu recours, d'une part, à des sources d'information variées et alternées (Internet, télévision, exposés de médecins et autres spécialistes) et, d'autre part, à des sources populaires orales (récits, vécu des séniors, rumeurs). Cette quête d'informations s'est poursuivie par des interrogations : s'agit-il d'une redoutable course à l'armement bactériologique entre deux puissances militaires (la Chine, d'un côté, et les États-Unis d'Amérique, de l'autre) ou faut-il y voir les conséquences, désormais hors de contrôle, d'une erreur au sein d'un laboratoire de Wuhan ? Mais ce qui est bien plus remarquable, c'est une explication particulière, qui voit dans le virus un châtiment divin aux nations ayant transgressé certaines prescriptions alimentaires.

Dans les pays arabes, les premiers cas de contamination détectés firent tomber certaines certitudes et la menace réelle et générale fut admise par les populations. Celles-ci furent d'autant plus troublées que les instances officielles avaient commencé à agiter l'épouvantail du confinement sanitaire, mais sans en préciser la durée, ni désigner les tranches de populations éventuellement concernées, ce qui inquiéta des catégories d'employés dans le secteur privé, particulièrement les artisans et les travailleurs intermittents ou précaires. Avec la rapide propagation du virus, l'inquiétude redoubla et raviva la conscience du sort commun de l'humanité. On en arriva à mettre en cause les réalisations de la modernité : les avions – qui étaient jusqu'alors considérés comme les moyens les plus rapides et les plus efficaces pour faire parvenir les secours – furent bientôt assimilés aux oiseaux de feu – les milans – que l'imaginaire populaire accuse de semer des brandons et alimenter les incendies de forêt.

Prise de conscience des dangers de la pandémie et recherches de solutions

Médenine a subi une campagne d'information sur l'évolution de la pandémie dans les pays du Nord, en Chine et aux États-Unis d'Amérique avant que les premiers cas de contamination aient été détectés localement, provoquant ainsi une grande inquiétude quant à la sécurité alimentaire et générant une ruée sur les vivres qui furent engrangés en prévision du confinement sanitaire annoncé, mais sans précision de durée, celle-ci demeurant tributaire de l'évolution de la pandémie. Cette course à la consommation sans précédent, qui a eu pour effet de perturber les circuits de production et de distribution et a déréglé l'équilibre de l'offre et de la demande, a été menée dans la peur, d'autant plus que les commerçants ont imposé un quasi-rationnement des denrées alimentaires (lait, semoule, farine de blé et autres produits dérivés), ce qui ne manqua pas d'aggraver la situation et d'alimenter la spéculation. Redoutant le prolongement de la période de confinement, les foyers se sont rapidement

transformés en magasins où se sont amoncelées les denrées alimentaires. On a pu constater après le confinement que des stocks excédentaires périmés ou avariés en raison des mauvaises conditions de conservation étaient jetés dans les bennes à ordures ou servis aux animaux en zone rurale.

Une montée de l’individualisme ?

Ainsi, nous avons pu observer quelques signes annonciateurs de l’effondrement des notions de « société moderne » et d’« autorité de la loi » : pillage de semoule et de farine de blé dans certaines zones isolées ; naissance de contestations accompagnées d’atteintes aux biens publics et privés ; protestations contre l’échec des politiques gouvernementales qui viennent s’ajouter aux problèmes sociaux causés par le chômage et la marginalisation, et aux revendications relatives à l’égalité dans la fourniture des soins médicaux. Tous ces comportements, même à petite échelle, trahissent l’éclosion de l’individualisme et constituent un retour à des concepts « pré-citoyens » tels que la famille étendue, le clan ou la tribu.

De manière significative, le personnel d’un hôpital de la région a refusé l’admission d’une femme contaminée en provenance de l’île de Jerba, faisant ainsi renaître une ancienne controverse (Ben Jalloul, 2020) au sujet de l’éventuelle autonomie administrative de l’île. L’aboutissement d’un tel projet aurait de graves conséquences renforcées par l’instabilité de la situation économique, sociale et politique et la précarité de la population. En fait, les craintes concernaient deux questions essentielles : d’abord, le risque d’alimenter le « régionalisme », véritable menace de l’unité de l’État, ensuite, le risque de susciter dans d’autres régions du pays les mêmes velléités d’autonomie, ce qui serait à même de plonger le pays dans une spirale d’instabilité sociale et politique. Indépendamment des suites réservées à ces propositions, nous soulignons ici que la pandémie a contribué à la prise de conscience du déséquilibre entre les régions et a exacerbé le sentiment d’iniquité dans une large couche de la population de l’intérieur du pays et des quartiers populaires en raison de l’insuffisance des équipements et des services publics. Quant aux comportements individualistes, ils se sont surtout manifestés par le refus de rendre, après usage, les concentrateurs d’oxygène mis à la disposition des familles de personnes contaminées par des particuliers ou par des organismes non gouvernementaux affiliés à la société civile. À cela, il convient d’ajouter les agressions perpétrées à l’encontre des équipes médicales, la frénésie avec laquelle la population a engrangé les médicaments destinés à la lutte contre le virus, même avant la contamination ou l’apparition des symptômes. Chez d’autres individus, on a pu observer une attitude d’insouciance et un refus de considérer la situation sérieusement. Ceux-là ont surtout cherché refuge dans des solutions dérisoires (Eagleton, 2007), une configuration à la fois effrayante et pathétique au sens où elle rappelle la définition de Georges Bataille des « rites de transgression » (Bataille, 2011).

Face aux manifestations individualistes excessives, et conscientes de l’interdépendance des facteurs en jeu, les institutions de l’État, ainsi que certains organismes de la société civile et certaines organisations internationales (Conseil tunisien pour les réfugiés, Institut arabe pour les droits de l’homme/bureau régional pour le Sud, Association régionale pour la santé reproductive, Médecins du monde en Tunisie…) ont déployé leurs efforts pour encadrer les catégories sociales les plus démunies. Ainsi, l’Institut arabe pour les droits de l’homme a-t-il organisé des activités en faveur des réfugiés : désinfection de la résidence Ibn Khaldoun le 9 avril 2020 et organisation de visites de terrain dans les postes-frontières : poste de Dhiba-Ouezen, projet de camp de réfugiés de Fatnassia, dont la création avait été programmée en prévision des répercussions des affrontements qui opposaient les deux camps à l’époque en Lybie.

Mais, malgré l’appui juridique à ces activités grâce aux mesures du gouvernement tunisien le 7 avril 2020 – initiative louable saluée par les pays arabes – l’afflux des étrangers dans les centres de vaccination est demeuré faible. En effet, le 11 août 2021, dans sa communication au correspondant de la radio nationale numérique, le Directeur régional de la santé préventive à Médenine, le docteur Zaîd Al-Anaz, a déclaré que les immigrés résidant à Zarzis et Médenine ont refusé de se faire vacciner contre le coronavirus et qu’une seule femme âgée de plus de 64 ans aurait accepté. Le docteur Al-Anaz a également ajouté que la peur des effets secondaires était à l’origine de cette abstention et que les personnes concernées affirmaient que leur constitution physique les immunisait contre la pandémie (Marzouki, 2021).

Une nouvelle axiologie : le Web devient une source de récits édifiants

À la faveur des crises internationales, les institutions religieuses ont essayé de prendre part à la lutte contre la pandémie. Ainsi, les hiérarchies religieuses ont transféré leurs interventions du terrain à l'espace électronique virtuel, tentant ainsi d'encadrer, d'orienter et de rassurer leurs fidèles tourmentés par l'angoisse, l'isolement, la peur et le deuil. Des organismes religieux se sont portés au secours des communautés indigentes en subvenant à leurs besoins de première nécessité, en les informant sur les moyens d'éviter la contamination et en prenant des dispositions pour que les prestations sociales parviennent aux bénéficiaires : le Centre international du roi Abdullah Bin Abdulaziz pour le dialogue interreligieux et interculturel a par exemple rassuré les bénéficiaires et les a aidés à adopter les mesures appropriées aux besoins de leur communauté. Cette démarche de soutien a parfois utilisé des récits édifiants empruntés aux différentes confessions à travers le monde ou attiré l'attention sur les ressources et les programmes d'apprentissage relatifs à l'utilisation des moyens disponibles sur Internet afin de simplifier les pratiques cultuelles, de diffuser des messages d'entraide ou d'adopter des mesures pratiques capables d'atténuer les effets néfastes de la pandémie. Localement, les répercussions de la pandémie, exacerbées par le confinement forcé, ont fait émerger dans les esprits les notions philosophiques de chaos, de chute et de vanité, qui sont ainsi devenues des éventualités, avec lesquelles il allait peut-être falloir se résoudre à vivre, même si elles annoncent le règne du « néant », ce cinquième élément des philosophes grecs. À la faveur de ce sentiment de vide ou de néant (y compris celui des valeurs), d'autres individus ont parié sur la fécondité du vide créateur : ils se sont adonnés éperdument à la consommation, à la cuisine, à l'art de la gastronomie, aux séquences vidéo dédiées à la danse et à la nudité. Ainsi, YouTube et Tiktok eurent leurs héroïnes, alternant scènes anodines du quotidien, et spectacles de nu et de séduction… peut-être en raison de la grave crise financière ou pour tenter de rentabiliser l'espace virtuel en multipliant le nombre de vues (Anonyme, 2020b). En Tunisie, les lecteurs numériques du 19 mars 2020 ont pu lire, sur le site *Nouvelles maghrébines*, un article intitulé : « Tunisie : Nermine Sfar conjure la pandémie en exécutant la Danse de la Corona pour les Tunisiens ». L'article est écrit par Imad Ben Saïed, immortalisant ainsi la première prestation de Nermine Sfar exécutée à la même époque que le discours du président de Tunisie, Kaïs Saïed, dans lequel il s'est adressé à la nation à propos de la propagation de la Covid-19. L'article était illustré d'une photo de la danseuse portant un masque médical et accompagnée d'une légende en ces termes : « Défions la Corona en dansant… Soyez conscients et responsables… Restez chez vous… ».

L'auteur de l'article n'a pas manqué de préciser que beaucoup de Tunisiens se sont intéressés à la performance de Nermine Sfar, qu'ils auraient trouvée, aux dires de certains internautes, plus agréable que les discours des politiciens. En effet, certains organes de presse tunisiens ont rapporté que cette danse avait enregistré un taux d'audience sur Internet (100 000 visiteurs) supérieur au discours du président et que la danseuse avait publié une séquence vidéo où elle se serait engagée à se produire en direct chaque soir sur sa page Facebook ou sur son compte Instagram, à danser et chanter pour régaler ses admirateurs et leur communiquer espoir et bonheur.

Selon certains, les Tunisiens auraient considéré ces propos plus optimistes que les discours officiels du gouvernement et qu'ils contribuaient à une meilleure prise de conscience des dangers du coronavirus. L'événement a même été exploité pour servir de matière à des anecdotes amusantes. En effet, quelqu'un aurait profité du passage en direct de la vidéo pour poster un avis de recherche concernant un parent dont il n'avait plus de nouvelles depuis des années, dans l'espoir que celui-ci se reconnaîtrait dans l'avis au cours de la diffusion. Un autre aurait conçu une blague en publiant une photo du muphti légendée comme suit : « Ce soir, il n'a pas été possible à Nermine de se produire», parodiant ainsi l'annonce rituelle, par le muphti, du début du mois de ramadan ou de l'échéance de l'Aïd :« Ce soir, il n'a pas été possible d'observer le croissant de lune […] ».

Après cette revue des comportements face à la crise de la Covid-19 dans le sud-est de la Tunisie, venons-en à certaines conclusions en rapport avec d'autres réactions planétaires.

Enseignements

D'abord, sur le plan de la prise de conscience individuelle ou collective, de nouvelles normes comportementales et morales ont été instituées, dont la notion même de « groupe », ainsi que les règles de convivialité pendant les visites de courtoisie ou pendant les cérémonies festives. Ainsi, on a tenté de concilier, d'une part, les valeurs traditionnelles de l'hospitalité, de la salutation ou des repas pris en commun et, d'autre part, la distanciation physique et l'isolement, afin de limiter les risques de contamination. À ce propos, il suffit de se référer à la position du psychothérapeute allemand, Jan Kalbitzer (2020). Dans *Paranoïa digitale*, il traite, d'une manière globale, de la phobie à travers le monde, en abordant les questions des incendies de forêt en Australie en février 2020, des bouleversements climatiques, ainsi que de la pandémie de Covid-19, qui a provoqué des crises de panique anticipée et exacerbé l'état de trouble comme le sentiment d'impuissance chez les populations à cause de l'absence de communication avec les décideurs. Ensuite, loin des considérations comportementales, des questions qui, pendant des décennies, relevaient de domaines cognitifs proches de l'anthropologie ont été mises au goût du jour : la connaissance de la mort, les rites funéraires, l'intégrité de la personne. Ces questions ont ouvert la conscience populaire à des questions qui n'étaient jusque-là familières qu'aux spécialistes de l'anthropologie, comme l'historien français Philippe Ariès , qui a étudié le fétichisme de la mort et distingué, au sein du champ culturel européen, les notions de « mort apprivoisée », de « mort de soi », de « mort de toi » et de « mort interdite », ou des écrivains comme Georges Arens (2018) dans son livre *Le suicide*.

Enfin, la Covid-19 a changé la face du monde. Elle a emprisonné les gens chez eux, arrêté les cycles de production, interdit l'accès aux mosquées, aux églises et aux synagogues, et transformé les hôtels et les sites touristiques en déserts. Partout, il ne fut plus question que de terreur. Même si les uns en agitaient l'épouvantail de la pandémie, tandis que les autres en atténuaient les effets, peuples et gouvernements se sont retrouvés impuissants face à cet ennemi invisible. Désormais, le seul souci existentiel était la constitution de réserves alimentaires et de stocks de médicaments. On vit se profiler l'égoïsme odieux et l'individualisme pervers et l'on entreprit d'échafauder de nouvelles normes comportementales fondées sur la distanciation physique, la réduction de toute forme de regroupement, l'instauration de nouvelles formes de salutation et de convivialité. Tout a été revu, y compris sur les bancs de l'école et sur les lieux de travail. Il est d'ailleurs fort probable que la gestion politique et économique de la pandémie a contribué à l'aggravation de l'inquiétude et de la peur panique qui se sont emparées des populations et les ont canalisées vers la frénésie de consommation, conformément à l'essence du capitalisme – naturellement enclin à mercantiliser la maladie et l'inquiétude – afin de canaliser le public et contrôler le comportement humain en temps de crise et ce, essentiellement grâce aux ressources du monde numérique.

Dans ses enseignements, la Covid-19 a été bien juste et bien démocratique : elle a d'abord indifféremment pris pour cible les grandes puissances et les pays en développement, les nantis et les laissés-pour-compte. Elle a frappé sans discrimination de couleur, d'appartenance ou de confession.

Le deuxième enseignement a été de porter bien haut l'étendard de la science et de la connaissance et d'en faire l'une des principales clés de la résistance. La pandémie a permis de faire toute la lumière sur des secteurs vitaux, nationaux et internationaux, qui – sous prétexte de soulager le financement public – avaient été négligés en raison des conditions imposées par les grandes puissances ou par les autres bailleurs de fonds. Le troisième enseignement de la pandémie est d'avoir mis en lumière la destinée commune de l'humanité. Les pays ont beau être éloignés, le supplice est partout le même. Les cultures et les confessions ont beau être diverses, identique sera le prix que paieront les uns et les autres. La pandémie a mis à nu la déchéance morale des hommes : libre à eux désormais de se racheter, de reconsidérer leur vocation, au lieu de demeurer à la merci de la médiocratie et du nivellement par le bas.

Bibliographie

Al-ɛAṭrī, A. (mars 2022). Du confinement à la lassitude. *Doha Magazine*, 173.

Anonyme. (2020a). Coronavirus : couverture en continu sur l'impact sur l'Afrique. *Africanews*.

Anonyme. (2020b). YouTube vs Tiktok : qui l'emportera dans la guerre générée par la Corona ?. *Voix de la nation* [en ligne].

Arens, G. (2001). *Le suicide*. Munich.

Ariès, P. (1975). *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Âge à nos jours*. Seuil.

Ariès, P. (1977). *L'homme devant la mort*. Seuil.

Bataille, G. (1957). *L'érotisme*. Les éditions de minuit.

Ben Jalloul, M. (2020). L'attribution à Djerba du statut de gouvernorat réparerait une injustice et garantirait une équité territoriale. *Kapitalis [en ligne]*, *25*.

Boutaleb, O. (2020). Face au Coronavirus, l'Afrique se prépare au pire*. Policy Center for the New South*.

Certeau, M. D. (1990). *L'invention du quotidien*. Gallimard. [coll. Folio essais, 146]

Eagleton, T. (2007*). La Violence sacrée*. Dar Bidayat.

Eigen, M. (1987). *Steps towards life, a perspective on evolution*.

Garapon, A. (2020). Un moment d'exception. *Esprit*, (5), pp. 87-92.

Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures* (Vol. 5019). Basic books.

Geertz, C. (1995). *After the fact: Two Countries, Four Decades, One Anthropologist*. Harvard University Press, p. 114.

Guilbaud, A. (2015). *Le retour des épidémies*. PUF.

Kalbitzer, J. (2016). *Paranoïa digitale : rester en ligne sans perdre la tête*. Munich, CH Beck.

Lewis, N. (2020). Le seuil de la peur panique. *Eddawha, avril*, 150.

Lewis, N. (2021). Jouer à blâmer la Covid-19 pourrait détruire la confiance dans la science. *Spiked*.

Lips, J. (2006). *Les origines de la culture humaine*. Dar Al-Madā li-ṯaqāfā wan-našr.

Marzouki, M. (2021). Des immigrés refusent de se faire vacciner contre le Coronavirus. *Tunisie numérique*, (11)*.*

Rainhorn, J. (2019). *Blanc de plomb. Histoire d'un poison légal*. Sciences Po (Les Presses de) [coll. « Domaine Histoire », 372 p.]

Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesthesia & analgesia*, *126*(5), 1763-1768.

Sciences Humaines. (2022). Planète menacée, esprits troublés : comment faire face ?

Sedgwick, P. (2012). Pearson's correlation coefficient. *Bmj*, *345*. https://doi.org/10.1136/bmj.e4483.

Sharma, G. D., Bansal, S., Yadav, A., Jain, M., & Garg, I. (2021). Meteorological factors, COVID-19 cases, and deaths in top 10 most affected countries: an econometric investigation. *Environmental Science and Pollution Research*, *28*, 28624-28639.

Tchole, A. I. M., Li, Z. W., Wei, J. T., Ye, R. Z., Wang, W. J., Du, W. Y., & Cheeloo EcoHealth Consortium. (2020). Epidemic and control of COVID-19 in Niger: quantitative analyses in a least developed country. *Journal of global health*, *10*(2).

Togola, O. B., Soumaré, M. D., Mariame, L. C., Kayembé, K., Sangho, O., Koné, Y., & Traoré, B. (2021). Étude descriptive des cas de covid-19 en commune III de Bamako du 26 mars au 27 août 2020. *Mali médical*, *36*(2).

Unesco. (2020). Covid-19 au Sénégal : Des mesures fortes pour endiguer la contagion. *United Nations Economic*. https://fr.unesco.org/news/covid-19-au-senegal-mesures-fortes-endiguer-contagion.

Vidal, L., Eboko, F., & Williamson, D. (2020). Le catastrophisme annoncé, reflet de notre vision de l'Afrique. *Le Monde Afrique*, (9). https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/05/08/coronavirus-le-catastrophisme-annonce-reflet-de-notre-vision-de-l-afrique-6039110-3212.html.

Yuan, L., Zhi, N., Yu, C., Ming, G., Yingle, L., Kumar, G. N., & Ke, L. (2020). Aerodynamic characteristics and RNA concentration of SARS-CoV-2 aerosol in Wuhan hospitals during COVID-19 outbreak. *BioRxiv*.

فيروس كورونا: فوضى الم وت في عصر الأنْثْروبُوسِين[1]

دراسة عيّنات سلوكيّة في مواجهة الجائحة بمدنين[2] جنوب شرق تونس

محمّد فارس

باحث جامعة تونس

How to cite this paper:
محمّد فارس . (2022). فيروس كورونا: فوضى الم وت في عصر الأنْثْروبُوسِين. دراسة عيّنات سلوكيّة في مواجهة الجائحة بمدنين2 جنوب شرق تونس. *Global Africa*, 2, 224-234.

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

مدخل:

ونحن نهمّ بالتّفكير في مصير الانسانيّة حين بلوغها حافّة الذّعر الكونيّ نستحضر بلا شكّ عبارة نورمان لويس Norman Lewis في مقال له بموقع Spiked حين أشار إلى أنّ "لعبة إلقاء اللّوم على كوفيد يمكن أن تدمّر الثّقة في العِلم"[٣]. كما نستعير من المؤرّخة الفرنسيّة جوديث راينهورن - Judith Rainhorn موقفها بشأن تكيّف عالمنا مع السّموم "القانونيّة" لجميع أنواع الأسباب الوجيهة، دون أن ننسى طبعا ذلك السّؤال المركزيّ الذي اتّكأ عليه مارك أولانو - Marc Olano في دراسة له بعنوان "كوكب مهدّد عقول مضطربة" حين استنتج أنّ "المجتمعات البشريّة تتعامى عمدا عن التّهديدات التي تلحقها بنفسها وتتجاهلها".[٤]

حتما هناك وجوه من التناصّ للفهم والقياس ونحن نراجع حجم الخلخلة الذي أصاب "جدار اليقين الذي أهدتنا إيّاه العولمة السّعيدة والحداثة المفرطة، والذي حطّمته جائحة كورونا، مؤكّدة أنّ النّبوءات لم تصدق، وأنّ السّقوط والخراب وانعدام الجدوى كلّها باتت مُمكنات للتعامل مع واقع قاسٍ ومؤلِمٍ، حيث التّرقّب أفق والضّجر احتمالٌ".

في السّابع من شهر جانفي ٢٠٢٠، أُعلن في الصّين عن ظهور أوّل حالة إصابة بكوفيد ١٩ في مدينة ووهان[٦]، لتنتشر الجائحة بشكل

متسارع وتشمل أكثر من ١٥٩ دولة في شتّى أنحاء العالم[٧]. ممّا دفع دول الاتّحاد الإفريقيّ (UA) لاحقا إلى المبادرة بوضع شروط صحّية صارمة -ربّما ترسّخت عن عقود من مواجهة فيروس إيبولا Ebola خاصّة في غرب إفريقيا- ورأى المختصّون في المجال الصحّي أنّ أنسب الحلول لمحاصرة الآفة إفريقيّا قد يكون الحجر الصّحيّ الشّامل[٨]. وهنا أنتجت الجائحة صنوفا جديدة من الخطابات "توزّعت بين "التّديين" و"التّسْييس" و"الدّولنَة" و"التّهويل والتّهوين". وفي الآن ذاته أنتجت خطابا آخر يمكن توصيفه بالهندسة الأخلاقيّة للجائحة والذي يُعنى بالنّصائح التّدبيريّة للتّعاطي مع الحجر الصّحّي ليس فقط في مستوى الاحترازات الصّحّية ولكن في مستوى التعامل مع فائض الزّمن... وكذا في مستوى الإرشاد النّفسيّ والاستماع والتّوجيه التّربويّ" [٩].

منهج الدّراسة:

لقد ركّزت البحوث المنتمية إلى حقل السّوسيولوجيا والأنثروبولوجيا الثّقافيّة والمتعلّقة بالحيّز المغاربي أو الإفريقيّ منذ عقود كأعمال جاك بيرك Jacques Augustin Berque ، أو جهود كليفورد غيرتز Clifford Geertz على ضرورة فهم الإنسان المغاربيّ "في ضوء فهمه وتعامله المعقّد مع المشاكل أو المعطيات التي يفرضها المجال الجغرافيّ أو التّنظيم الاجتماعيّ". وكلاهما "أنتج أعماله بعد مراكمة كبيرة لمعارف دقيقة بلُغات النصّ والميدان. كما أنّ الجامع بين غيرتز وبيرك هو تشابه جغرافيّة العمل الميدانيّ أوّلا. فرحلة بيرك العلميّة بين السّوربون والجزائر والمغرب استمرّت زهاء الأربعين سنة. في حين نشأ غيرتز في الميدان الأندونيسي إلى حدود السّتينيّات[١٠].

إنّ تأويليّة غيرتز تستند بالأساس إلى تعريف كلايد كلوكون للثّقافة في كتابه "Mirror For Man" والذي هو بالأساس مفهوم سيميائيّ (Sémiotic). ليشترك في قناعاته مع ماكس فيبر Max Weber في اعتباره الإنسان "حيوانا عالقا في شبكات رمزيّة نسجها بنفسه حول نفسه. وعليه فتحليلها يجب أن لا يكون علما تجريبيّا يبحث عن قانون، بل علما تأويليّا يبحث عن معنى"[١١].

من هذا المنطلق سيكون بحثنا مستندا إلى منهج الوصف والتّأويل. إذ سعينا إلى وصف عيّنة من الأزمنة والأنظمة الإستثنائيّة التي تمّ رصدها في السّياق الإفريقيّ للتعامل مع التّهديد الفيروسيّ كما شكّله وباء كورونا. وقد اخترنا ولاية مدنين الواقعة جنوب شرقيّ البلاد التّونسيّة مجالا جغرافيّا ندرس من خلاله عيّنات سلوكيّة فرديّة وجمعيّة تبلورت في إطار الوعي بخطورة الجائحة والتصدّي لها. ورَاوحَتْ في ردود أفعالها بين الالتزام بشروط المعرفة العلميّة وبين الالتجاء إلى تجارب التطبّب الشّعبيّ بحثا عن خلاص فرديّ ينتهي أحيانا بالتنكّر، على المستوى السّلوكيّ، لشروط الحداثة أو خلاص جماعيّ ينقلب على مفهوم المواطَنة وأُسس تمثّل كيان الدّولة.

كما حاولنا تقصّي المظاهر المختلفة للاحتجاجات الاجتماعية المتولّدة عن هذا الوضع والتي تضخّمت تحت حمأة الإحساس بالتّهميش لترفع من سقف مطالب المساواة في المواطنة العلاجيّة والبيئيّة بعد أن كانت حركات الاحتجاج مقتصرة على مطالب تقليديّة كالحرّية والكرامة والتشغيل، وكسر مقولة مركزيّة أقاليم على أخرى لنختم في النهاية برصد أهمّ مظاهر التّحوّل في الوعي بمخاطر التّهديدات الفيروسيّة غير المألوفة. محاولين استثمار المسألة من زاوية حقل العلوم الانسانيّة عبر الدّعوة إلى التفكير في العدوى الفيروسيّة، تدرّجا من واقع محلّي ضيّق مرورا بوضع الدّول والكيانات الإقليميّة وربّما وصولا إلى رؤية قارّية وحتّى كونيّة تُعدّد الاختصاصات والمقاربات. وبذلك يتجاوز الانشغال بفيروس كورونا المستجدّ حدود الاهتمام العلميّ (أي من حيث هو ظاهرة "حقيقة" بيولوجيّة) إلى اعتباره مصدرا للمعلومات أو مجالا لرهانات بحثيّة جديدة تدرس نوعيّة العلاقات

التي تربط المجتمعات المحلّية بالمؤسّسات الرّسميّة، أخذا بعين الاعتبار وعي الشّرائح والأفراد بكيفيّة "اجتراح اليوميّ" [١٢] زمن الأزمات، وكيفيّة ابتكار حلول للحفاظ على الذّات ومدافعة الموت عبر إدارة الموارد الطبيعيّة وطرق إنتاج المعارف المساعدة.

إنّنا ونحن نحاول مقاربة الأنظمة الاستثنائية زمن جائحة كورونا وما نتج عنها من احتجاجات نلامس عدّة قضايا في علاقة بعلم النّفس. خاصّة متى ركّزنا على فهم العلاقة مع الصّدمات بدءا بمرحلة الإنكار (الحاضر بقوّة في التّصريحات الأولى حول نِسَب الإصابة) حيث تضخّمت في الوعي الجمعيّ نظريّة المؤامرة حول مصدر إنتاج هذا الفيروس التّاجيّ. لتليها مرحلة القبول بالأمر والبحث عن سُبل للتعامل معه أنعشت خطاب التّهوين أو التّهويل (خطابات في شكل نُكتٍ أو إشاعات تنتشر بسرعة في الفضاءات الرّقمية). بعدئذ يُفرِد الواقع مجالا للحلول العمليّة في التّعاطي مع الجائحة بفائض من الانشغال يتجاوز عتبات الدّهشة والإنكار المبدئيّين. أمّا المرحلة الأخيرة فهي قبول التّعايش مع الجائحة عبر اختراع بروتوكولات الوقاية وسَنّ العادات الصّحيّة الاحترازيّة من قبيل وضع الكمّامات وتوفير صنوف المطهّرات والتزام مسافة التّباعد...

نُذكّر في هذا السّياق أنّ عالم الأحياء منفراد إيجن[١٣] Manfred Eigen حين عرّف التطوّر البشريّ في كتابه "درجات نحو الحياة" [١٤]، بكونه "لعبة ذات عدد قليل من القواعد الثّابتة، وذات المسار المنتفخ" لم يكن ينظر إلى علم الفيروسات باعتبارها مشغلا بحثيّا يتجاوز فضاء المخابر ومراكز البحوث أو تصوّرات الباحثين في التطوّر البشريّ ومراحل التّأنّس. خاصّة وأنّ هؤلاء بدورهم كانوا قد تجاوزوا منذ زمن القول بأنّ الشّروط الأساسيّة وحاجات الجسد الانسانيّ واحدة لدى جميع البشر، لكنّ تشكيل التّاريخ والثّقافة لها مختلف. وطبّقوا ذلك على دراسة العلاقات الجنسيّة والعلاقات بين الأجيال وقضايا التّغذية واللّباس.

لكنّ فيروس كورونا[١٥] الذي ضرب المدينة الصّينيّة "ووهان" Wuhan تجاوز إعادة مبحث الفيروسات إلى الواجهة، ليضع البشريّة أمام جملة من التحدّيات يمكن بلورتها في شكل ومضات برقيّة تنقل قلق الانسانيّة ولعلّنا يمكن أن نتدرّج في صياغتها من العامّ إلى الأكثر خصوصيّة:

هل إنّ وباء كورونا هو بداية الإطلالة على عصر الأنثروبوسين Anthropocene المرعب؟

هل دخلت البشريّة حقّا عصر اللّاعودة وأطلّت فعلا على مدارات الرّعب جرّاء تأثيرها السّلبيّ في المناخ والبيئة و في جميع الأنظمة الحيويّة على الأرض؟

هل تمتلك البشريّة علميّا -وكما تزعم- "قاعدة بيولوجيّة مشتركة" توحّدها، بمعزل عن "اختلاف أوضاعها الاجتماعيّة وانتماءاتها الثقافية" [١٦]؟

ألا يتحوّل عدم التكافؤ في البنى التحتيّة من بلد إلى آخر ومن مدينة إلى أخرى عائقا في مواجهة الجائحة؟

هل تتوافر لسكّان الهوامش الرّيفيّة حظوظ المراكز الحضريّة نفسها من حيث إمكانات الصّمود وتحقيق الاكتفاء غذائيّا وصحّيا؟

هل ستقوم نسبُ التّمدرس والوعي الطبقيّ وامتلاك آليات التّواصل رقميّا مع العالم بدور مؤثّر في التفاعل مع هذا الوباء؟ أم ستلوذ هذه الشّرائح بمؤسّسات اجتماعيّة أقدم من الدّولة في مراتب العمران البشريّ لتحيِيَ مؤسّسة القبيلة والعائلة الموسّعة في مواجهة الوعي بالمواطنة والإيمان بقدرة الدّولة ومؤسّساتها؟

ما حظّ نِسَب التّعلّم في دولة الاستقلال من التّوظيف في مواجهة المحنة؟ أم إنّ الأزمة ستدفع شرائح واسعة للاحتماء بتجارب التطبّب وممارسات "مجتمعات الجنّي" [١٧] لتنتهيَ غارقة في الغيبيّات منتمية إلى "مشرّدي الميتافيزيقا" بعبارة هابرماس؟

إنّ هذه المحاولة تسعى إلى بناء مقاربة وصفيّة تأويليّة للظّاهرة السّلوكيّة في هذه النّقطة من إفريقيا، مستندة إلى التّمشّي التّالي.

1- محاولة السّلوك الفرديّ فهم الظّاهرة وإيجاد تفسير لها:

لقد تجلّى ذلك عبر مراوحة الأفراد في استقاء المعلومة بين المصادر العالمة (الانترنت/ التلفاز/ آراء الأطبّاء وأهل الاختصاص...) والمصادر الشّعبيّة الشّفاهيّة (المرويّات/ تجارب كبار السّنّ / الإشاعات...) ليستمرّ الجدل بين اعتبارها ناتجة عن سباق تسلّح جرثومي رهيب بين قوّتين عسكريّتين (الصّين من ناحية والولايات المتّحدة الأمريكيّة من ناحية أخرى) أو اعتبارها نتيجة خطأ مخبريّ وقع في مدينة ووهان وخرج عن السّيطرة.

لكنّ اللّافت للنّظر يكمن في صنف من التّفسيرات الأكثر إيغالا في الغيبيّة من قبيل تلك المواقف التي تعتبر الفيروس عقابا إلهيّا لأمم كافرة خرجت عن الحدود الشّرعيّة في المأكل والمشرب...

لقد بدأت بعض المسلّمات في التّهاوي مع بداية تسجيل أولى الإصابات في البلدان العربيّة. وأيقنت الجموع أن التّهديد حقيقيّ وعامّ. وممّا زاد في إرباك الجموع تلويحُ الجهات الرّسميّة بإمكانيّة فرض الحجر الصّحي دون تحديد دقيق للمدّة ولا للشّرائح المعنيّة، ممّا حيّر فئات عديدة تشتغل للحساب الخاصّ وخاصّة أصحاب المهن الخاصّة وقطاع الحِرف وبعض القطاعات الهامشيّة... وفي هذا المستوى بدأ ظهور القلق من سرعة تفشّي الفيروس الذي أكّد مرّة أخرى الوعي بحقيقة المصير المشترك للبشريّة، والذي ينبغي أن يكون منطلق السّياسات بين الدّول زمن الكوارث. بل وصل الأمر إلى حدّ الشّكّ في مسلّمات الحداثة وآلياتها. فالطّائرات التي كانت تعتبر الوسيلة الأسرع والأنجع في نقل الإمدادات الإغاثيّة "تحوّلت خلال الأسابيع الأولى إلى ما يشبه طائر النّار (الحدأة) المتّهم بنقل أعواد النّار وتوسيع بؤر الحرائق في مناطق الغابات"[١٨].

2- بداية الوعي بمخاطر الجائحة والانخراط في البحث عن الحلول:

لقد ترافقت هذه المرحلة في هذه البقعة من القارّة الإفريقيّة مع كمّ هائل من القصف الإعلاميّ يتابع تطوّرات الوضع الوبائي في بلدان الشّمال وفي الصّين والولايات المتّحدة. ثمّ بداية رصد بعض حالات العدوى محلّيا. ساد القلق حول الأمن الغذائيّ. ومال السّلوك الجمعيّ نحو تخزين صنوف الأطعمة والأشرية في ظلّ حجر صحّي لم يُعلَن بدقّة عن مدّته بل ظلّ رهين تحسّن الوضع الوبائيّ.

أدّى هذا السّلوك الاستهلاكيّ غير المسبوق بدوره إلى إرباك دورات الانتاج والتّوزيع، واختلال ميزان العرض والطّلب في ظلّ خوف العائلات وفرض التّجار قيودا على كمّية المقتنيات (حليب/ دقيق / سميد/ ومشتقّات الأغذية بأنواعها...) ممّا فتح الباب مشرعا لصنوف من المضاربات والاحتكار الذي زاد الوضع تأزيما.

أمّا فيما يتعلّق بشروط الأمن الصحّيّ –وتحت تأثير القصف الإعلاميّ- فقد بدأ ظهور محاولة اتّباع قواعد صحّية صارمة من قبيل إجباريّة ارتداء الكمّامات في الأماكن العامّة، وما يرافقها من اقتناء

المطهّرات لتسهم ربّات البيوت في فرض بروتوكولات إضافيّة من قبيل إجباريّة غسل كلّ المقتنيات والمشتريات خضرا كانت أم معلّبات. مع الحرص أحيانا وإذا أمكن على ترك حيّز زمني يمتدّ لأيّام قبل استهلاكها (نتيجة الوعي بأنّ الفيروس يموت خلال ساعات متى لم يجد بيئة حاضنة).

وفي هذا الظّرف تحوّلت البيوت إلى أماكن خزن كبيرة في ظلّ خوف من طول فترة الحجر الصحّي (تبيّن هذا لاحقا بعد رفع الحجر ورؤية فائض الخزن الذي أتلفه سوء أوضاع التّخزين أو انتهاء الصّلاحيّة. فانتهى المشهد إلى تكدّس السّلع الغذائيّة في حاويات القمامة أو أعلافا للحيوانات في الأماكن الرّيفيّة).

لقد ترسّخ عن سلوك الحيطة والحذر ميل الفئات الوسطى إلى الاستعمال المفرط للجافال والكحول وأنواع الجال المعقّم، كما تمّ تخصيص أثواب للخروج والاختلاط، تنزع عند الضرورة بمجرّد العودة إلى البيت. أمّا في الأسواق وعند أصحاب المحلّات والدّكاكين فقد ظهر الحرص على تعقيم الأيدي والنّقود معدنيّة وورقيّة باعتباره سلوكا احترازيّا إضافيّا يُجنّب بل يحدّ من انتشار العدوى.

أمّا الفئات الأقلّ رفاها والبعيدة عن مركز الحواضر فقد تجلّى ميلها إلى إيجاد حلول أقلّ كلفة: مثل غلْي أوراق الإيكاليبتوس أو الإكثار من دخان البخور في غرف المنازل وأماكن السّكن الجماعيّ، أو الميل إلى الأطعمة الحرّيفة عبر الإفراط في استهلاك الفلفل والثّوم والبصل، أو المشروبات الدّافئة التي تحوي القرنفل والزّنجبيل وحشائش الجبل. (راجت بعض هذه الفيديوهات وبكثرة على صفحات الوسائط الرّقميّة ولقيت نِسب مشاهدة عالية خاصة متى زعمت أنّ تجارب العلاج كلّلت بالشّفاء).

3- الإنعكاسات السّلوكيّة:

• بلوغ حافة الذّعر:

لا شكّ في أنّ البشريّة وهي تتابع تفشّي الجائحة في مناطق من العالم مثل الصّين والولايات المتّحدة وبلدان أوروبّا، قد استفادت كمّا غير قليل من الخبرات وراكمتْها على صعيد الممارسة. بدءا بالانخراط في سلوكيّات جمعيّة أقرب إلى الارتجال ومحاولة التّأثير عبر السّبق المعرفيّ، ولو بسرعة نشر الإشاعات أو تهويل الأخبار أو حتّى اختلاقها (أخبار موت المقيمين في بعض أقسام المستشفيات جراء انقطاع الأوكسيجين[١٩]... نشر فيديوهات لمسؤولين يائسين يردّدون بأنّ حلول الأرض قد نفذت... نشر أخبار توسّع الإصابات بين صفوف الأطقم الطّبّية.... أو نقص الأدوية...) (التّرويج لمشاهد ترسم انسداد الآفاق (صور قبور تنتظر جموع الموتى... أو مشاهد حرق جماعيّ للجثث في الصين والهند... أوصورة رئيس وزراء إيطاليا وهو يردّد انتهت حلول الأرض والأمر موكول إلى السّماء...)

إنّ المتابع لسلوك الجموع إبّان تفشي الجائحة الذي يرتقي إلى حالة الهستيريا أو الجنون، لا يمكن أن يُغفل موقف الصّحفيّ البريطانيّ روس كلارك Ross Clarke وهو يجادل بشكل مقنع في مجلّة "Spectator" بأنّ "أخطر شيء في فيروس كورونا هو حالة الهستيريا". ليعقّب فيليب ألدريك Philip Aldrick محرّر الاقتصاد في صحيفة التّايمز "ما يجب أن نخافه هو حالة الذّعر، أكثر من الفيروس بحدّ ذاته"[٢٠].

• طغيان الذّوتنة:

ومن هنا يمكن رصد بعض ملامح انهيار مفهوم المجتمع الحداثيّ وتراجع سلطة القانون (افتكاك مادتيْ السّميد والطّحين ونهبهما في بعض المناطق المعزولة أو ظهور بعض صنوف الاحتجاجات

واقترانها أحيانا بالاعتداء على الممتلكات الخاصّة أو العامّة. دون إغفال اختلاط الاحتجاج على فشل الحكومات السّياسيّة بتلك المشاكل الاجتماعيّة الناتجة عن البطالة والتّهميش وبأخرى مطالبة بالمساواة العلاجيّة والصّحيّة...)

وفي جميع تلك الممارسات وإن ضاقت، طغيانٌ للذّوْتَنة في المستوى الفرديّ والجماعيّ، تشكّل في نكوص الأفراد إلى مفاهيم أسبق من المواطنة مثل العائلة والعشيرة والقبيلة. وصل الأمر إلى حدّ رفض العاملين بمستشفى مدنين قبول إيواء مصابة بالفيروس قادمة من جزيرة جربة، ممّا أحدث أزمة قديمة متجدّدة أسالت الكثير من الحبر والنّقاشات. اشترك فيها بعض السّياسيين وحتى الأكادميّين من أساتذة الجامعات. ليعيدوا تناول مسألة استقلال جزير جربة "إداريّا" بين ممكنات قرارات الدّستور في المرحلة الانتقاليّة والتخوّف من العواقب التي يمكن أن تنجرّ عن الاستجابة لمثل هذا المقترح، خاصة في ظلّ عمليّة انتقاليّة تعيشها البلاد وتتميّز بهشاشة الأوضاع الاقتصاديّة والاجتماعيّة والسّياسة. وقد حصرت هذه التخوّفات في مسألتين أساسيّتين: أولاهما التخوّف من تغذية الشّعور الجهويّ أو ما يطلق عليه بـ "الجهويّات" مع ما يعنيه ذلك من خطر على وحدة الدّولة. لأنّ وضع جزيرة جربة بحكم انعزالها الطبيعي (isolement/insularité) يقوم عائقا أمام ارتقائها إلى رتبة ولاية منفصلة جغرافيا عن بقية التّراب الوطنيّ). وثانيهما المخاطر التي يمكن أن تنجرّ عن مثل هذا القرار بمطالبة مناطق أخرى بإحداث ولايات جديدة. وهو ما من شأنه أن يدخل البلاد في دوّامة من عدم الاستقرار الاجتماعيّ والسّياسيّ.

ومهما كانت مآلات هذه الطّروحات فإنّ ما يعنينا هو إسهام الجائحة في ظهور الاحساس باختلال التّوازن بين الجهات وتغذية الشّعور بعدم الإنصاف لدى شريحة هامّة من المواطنين من سكّان المناطق الدّاخلية أو الأحياء الشعبيّة بسبب ضعف التّجهيزات والخدمات العموميّة.

أمّا تفشّي الأنانيّة فقد جلّته حالات رفض إعادة بعض مكثّفات الأوكسيجين بعد استخدامها من طرف عائلات بعض المصابين رغم أنّ الجهات الموفّرة لها إمّا أفراد خواصّ وإمّا جهات غير حكوميّة تنتمي إلى جمعيّات المجتمع المدنيّ. كذلك كثرة الاعتداءات على الأطقم الطّبيّة أو اللّهفة على تخزين الأدوية المخصّصة لمكافحة الفيروس وتخزينها حتّى قبل الإصابة بالعدوى أو ظهور علاماتها.

أمّا عند شقّ ثالث فقد ظهر العزوف عن التّفكير الجدّي في الحلول، ومحاولة البحث عن ملجأ أو مهرب عبر ابتكار حلول ترفيهيّة هشّة تكشف البنية الدّاخليّة للمأساويّ في النّفوس[٢١]. وهي تركيبة مثيرة للشّفقة ومخيفة في آن لأنّها تستعيد تعريف جورج باطاي "الطقوس الانتهاك" في علاقتها "على وجه الدّقّة باتّصال الكينونة التي تجلّت لأولئك الذين يركّزون انتباههم على موت كائن منفصل خلال طقس جماعيّ[٢٢]"؟

وفي مقابل طغيان الأنانيّة المفرطة ظلّت أجهزة الدّولة تسعى - رفقة بعض مؤسّسات المجتمع المدنيّ والمؤسّسات الدّوليّة (مثل المجلس التّونسي للّاجئين، المعهد العربيّ لحقوق الإنسان- فرع الجنوب، والجمعيّة الجهويّة للصحّة الإنجابيّة، وجمعيّة أطبّاء العالم بتونس...)- في إطار وعيها بتشبيك العلاقات جاهدة إلى الإحاطة ببعض الشّرائح فاقدة السّند.

فقد نظّم المعهد العربيّ لحقوق الإنسان أنشطة تُعنى بشؤون اللّاجئين مثل تعقيم مبيت ابن خلدون الخاصّ باللّاجئين يوم ٠٩-٠٤-٢٠٢٠، كما عقد زيارات ميدانيّة إلى المعابر الحدوديّة مثل معبر ذهيبة-وازن ومخيّم اللّاجئين بالفطناسيّة المُزمع إقامته في معتمديّة رمادة استباقا لنتائج الصّراع بين طرفي الأزمة في ليبيا آنذاك[٢٣].

ورغم ما رافق هذه الأنشطة من دعم قانونيّ مثل حزمة الإجراءات التي أعلنت عنها الحكومة التّونسيّة يوم ٠٧ أفريل ٢٠٢٠، (وهي مبادرة قانونيّة اعتبرت سابقة إيجابيّة في الدّول العربيّة) ظلّت نسبة إقبال الأجانب على التّلقيح ضعيفة[٢٤].

ففي ١١ أوت ٢٠٢١ صرّح مدير الصّحة الوقائيّة بالإدارة الجهويّة للصحّة بمدنين الدكتور زيد العنز في تصريح لمراسلة إذاعة تونس الرّقميّة أنّ المهاجرين المقيمين في جرجيس ومدنين قد امتنعوا عن تلقّي التّطعيم ضدّ فيروس كورونا، فيما قَبِلته امرأةٌ واحدة تجاوز عمرها ٦٤ سنة. وأضاف الدكتور العنز أنّ سبب الامتناع يعود إلى خوف اللّاجئين من حدوث مضاعفات جانبيّة. معلّلين الأمر بأنّ بنيتهم الجسديّة تسمح لهم بمواجهة الجائحة[٢٥].

• اجتراح هندسة أخلاقيّة جديدة وتحويل الفضاء الإلكتروني إلى فضاء يزخر بالقصص الملهمة:

نشير بدءا إلى أنّه في ظلّ هذه الأزمة العالميّة حاولت المؤسّسات الدّينيّة أخذ حيّز في تجربة المواجهة. وتحوّلت الكثير من الأعمال الرّعويّة للقيادات الدّينية في العالم الواقعيّ إلى الفضاء الإلكترونيّ. وفي ذلك محاولة للإحاطة والتّوجيه والمواساة لأولئك الذين يعانون من مشاعر القلق والخوف والعزلة والفجيعة. حيث تدخّلت المنظّمات الدّينية لدعم المجتمعات المحتاجة بتوفير الاحتياجات الضّرورية وتثقيفها بشأن تجنّب العدوى، وكذلك لاتّخاذ إجراءات لضمان توفير الخدمات الاجتماعيّة المناسبة للمُعْوِزِين والمحتاجين. ويكفي هنا أن نذكر دور المركز العالميّ للحوار بين الأديان[٢٦] (KAICIID) في العمل على التّواصل مع النّاس بهدف إرشادهم ومساعدتهم في اتخاذ الإجراءات المناسبة لتلبية احتياجات مجتمعاتهم. وقد تمّ ذلك أحيانا بعرض قصص الأمل النابعة من المجتمعات الدّينية المتنوّعة حول العالم أو بتسليط الضّوء على الموارد والبرامج التّدريبيّة المتعلّقة بكيفيّة استخدام الأدوات المتاحة عبر الإنترنت لتيسير العبادات الدّينية ونشر رسائل التّعاون والمشاركة في اتّخاذ إجراءاتٍ عمليّةٍ تخفّف من مظاهر المعاناة.

أمّا محلّيا فإنّ الهندسة الأخلاقيّة لتداعيات الجائحة وما رافقها من إحساس بوطأة الإقامة الجبريّة أعاد إلى الأذهان مفاهيم فلسفيّة من قبيل الإحساس بالخراب وانعدام الجدوى والسّقوط. فباتت كلّها ممكنات للعيش والتّجريب تدلّ على انتصار "العدم والفراغ" عنصرا خامسا أقرّه فلاسفة الإغريق منذ القديم.

وهناك في مرحلة الإحساس بالفراغ عوّلت فئات أخرى على مقولة الخلق بواسطة الفقدان، ولو فقدان القيم، وذلك عبر الانغماس في الاستهلاك والطّبخ وإعداد أنواع مختلفة من الأطعمة أو متابعة فيديوهات الرّقص والتعرّي. فظهرت بطلات اليوتيوب ومواقع التيك توك التي راوحت فيها التّسجيلات بين نقل النّشاط اليوميّ والانغماس في مشاهد العري والإثارة... ربّما بدافع الأزمة المالية الخانقة أو محاولة في استثمار الفضاء الافتراضيّ لكسب الأموال عبر تكثيف عدد المشاهدات[٢٧]...

أمّا في تونس تحديدا فيعثر المتصفّح للفضاء الالكترونيّ بتاريخ ٢٠٢٠/٠٣/١٩ في موقع الأخبار المغارِبيّة على مقال بعنوان تونس: نرمين صفر[٢٨] تحمي التّونسيّين من الوباء "برقصة الكورونا". نشره عماد بن سعيّد مؤرّخا لأولى رقصات نرمين صفر والتي تزامنت مع خطاب الرّئيس التّونسي قيس سعيدّ الذي وجهه إلى التونسيّين حول تفشّي فيروس كورونا، حيث نشرت صورة لها بقناع طبّي أرفقتها بعبارة "تحدّي الكورونا بالرّقص / حالة وعي، شدّ دارك (اِلزم بيتك). ولم يفت صاحب المقال أن يشير إلى أنّ عددا من التونسيّين أولوا اهتمامهم بعرض نرمين صفر والتي وجدوا رقصاتها أمتع

من خطاب السّياسيين على حد تعبير بعض النّاشطين على الإنترنت. إذ ذكرت بعض وسائل الإعلام التّونسيّة أنّ رقصة نرمين حقّقت على الإنترنت نسبة مشاهدة أعلى من خطاب الرّئيس (تابعها مئة ألف شخص). كما أوردت خبر نشرها فيديو أعلنت من خلاله التزامها بالرّقص كلّ ليلة للتّونسيين بشكل مباشر على صفحتها عبر فيس بوك أو حسابها عبر إنستغرام. لترقص وتغنّي و"تُمتع متابِعيها" محاولة بثّ "الأمل والفرحة" في النّفوس. وهو خطاب وصفه البعض بأنّه يبثّ التّفاؤل أكثر من الخطاب الرّسمي الحكوميّ لدى التونسيّين، ويرفع من درجة وعيهم بخطورة الفيروس المعدي. بل تحوّل الأمر لاحقا إلى مصدر تندّر وبهجة. فأحدهم استغلّ فيديوهات الرّقص واسعة الانتشار وكتب باحثا عن قريب له لم يره منذ سنوات، عسَاه يقرأ نداءه على بثّ نرمين المباشر. وحوّل البعض الآخر المسألة إلى مصدر نكتة بكتابة "تعذّرت رقصة نرمين اللّيلة"... عبر فبركة صورة مفتي البلاد، واستعارة عبارة "تعذّرت رؤية الهلال" المرتبطة في الذّاكرة الجمعيّة بموعد إعلان العيد أو دخول شهر رمضان.

خاتمة:

نخلص من تناول هذه العيّنات السّلوكيّة أثناء أزمة كوفيد ١٩ بجنوب شرق تونس إلى جملة نتائج تربط السّلوك البشريّ في هذا الحيّز الإفريقيّ بردود فعل كونيّة تجلّت في أكثر من قارّة وعلى أكثر من صعيد.

أوّلها أنّه تمّ اللّجوء على صعيد الوعي الفرديّ أو الجمعيّ إلى وضع ضوابط سلوكيّة وأخلاقيّة جديدة منها إعادة النّظر في مفهوم الجماعة وآداب الزّيارة وحضور المناسبات مثل محاولات التّوفيق بين المبادئ القيميّة المتوارثة من كرم وآداب تحيّة أو مُؤاكلة، وبين شروط التّباعد والانعزال وتقليص العدوى. وهنا يكفي أن نحيل على موقف الطبيب النّفسيّ الألماني جان كالبيتسر[٢٩] Jan Kalbitzer في كتابه الصّادر ٢٠٢٠ بعنوان "أن تكون مصابا بالبارانويا الرّقميّة Digitale Paranoia: Online bleiben وقد تناول مسألة الرّهاب العالميّ العامّ بدءا من حرائق غابات أستراليا فيفري ٢٠٢٠ مرورا بالمتغيّرات المناخيّة، وصولا إلى جائحة كورونا التي خلقت نوبات من الهلع الاستباقيّ خشية ما هو آت، وقوّت شعور الشّعوب بالارتباك والعجز نتيجة القطيعة بينها وبين واضعي السّياسات.

وثانيها وبعيدا عن الممارسة، تمّت إعادة النّظر في مسائل ظلّت لعقود حكرا على حقول معرفيّة أقرب إلى الاختصاص الأنثروبولوجيّ مثل التّفكير في حقيقة الموت وطقوس الدّفن وحرمة الجسد. وهو ما جعل الوعي العامّي البسيط ينفتح على أفكار لم تكن معروفة إلّا عند الإناسيّين من أمثال المؤرّخ الفرنسيّ فيليب آرياس[٣٠] Philippe Ariès الذي درس تيمة الموت وميّز في الحيّز الثقافي الأوروبّي بين الموت المروّض والموت الحقيقي والموت الزّائف أو محاولات جورج آرنس في كتابه "الانتحار: حركة الموت غير المشروع- ميونيخ٢٠٠١" الذي ميّز في التّاريخ الأوروبّي بدءا من العصر الوسيط بين أشكال أربعة في التّعامل مع الموت[٣١].

أمّا ثالثها فقد غيّر مجيء كورونا وجه العالم. وسجن الأفراد والجماعات في منازلهم. وأوقف دورات الإنتاج وأوصد أبواب المساجد والكنائس. وحوّل المطارات والفنادق والمزارات السّياحيّة أرضا يبابًا. وسادت "سرديّة الرّعب المعمّم"[٣٢] بين التّهوين والتّهويل. ووضع هذا العدوّ اللّامرئيّ الحكومات والشّعوب أمام ضعفها وعجزها الطّبيعيّين. وهنا بات الهمّ الوجوديّ هو تخزين الطّعام وتأمين الدّواء. فظهرت الأنانيّات المقيتة والفردانيّات المعطوبة. وبدأ التّفكير في هندسة سلوكيّة جديدة أساسها التّباعد وتقليص الاختلاط وتحيين آداب التحيّة والطّعام وحتّى العمل والتّمدرس. ولعلّ التّعاطي السّياسيّ والاقتصاديّ مع الجائحة قد أسهم بدوره في رفع منسوب الهلع والقلق الجماهيريّ العامّ

وتوجيهه نحو الاستهلاك، تجسيدا لمخرجات رأسماليّة تحرص على "تسليع المرض والقلق العامّ" ٣٣ سبيلا لتوجيه الجماهير والتحكّم في السّلوك الانسانيّ في وضعيّة الأزمات بفضل إمكانات العصر الرّقميّ بدرجة أولى.

لقد كان كورونا عادلا وديمقراطيّا جدا في دروسه التّعليميّة. وأوّلها استهدافه الدّول القويّة والنامية على السّواء، والفئات الغنيّة والمهمّشة، بل حتّى مختلف المراحل العمريّة دون تمييز في السّنّ أو اللّون أو الهويّة أو الدّيانة.

أمّا الدّرس الثّاني فكان إعلاء صرح العلم والمعرفة مفتاحا أوحد للمواجهة. لأنّ ثقافة التّفاهة والمراهنة على نجوم الغناء والكرة بل وحتّى الموضة والسّينما لن تقيَ العالم من مصير كارثيّ. وهنا تعرّت حقيقة قطاعات حيويّة دوليّة وحتّى عالميّة أُهملت –بدعوى التقليل من الإنفاق العُموميّ- بسبب شروط الجهات المانحة أو القوى الكبرى المُقرضة للمال.

وأخيرا تعلّق الدّرس الثّالث بتلميع حقيقة المصير المشترك للبشريّة. فالمعاناة واحدة وإنْ تباعدت الأقطار. والخَسَاراتُ مُشتركة وإنْ تنوّعت الثّقافات والدّيانات. وهنا تكون كورونا قد عرّت إفلاس البشريّة أخلاقيّا لتدفعها مجدّدا إلى ضرورة إعادة التفكير والاعتبار للإنسان بدل تركه عرضة للضّياع وثقافة التّفاهة والتّسطيح.

ملاحظات

[1] مازال الجدل قائما بين العلماء لإدخال هذا المصطلح إلى سلّم العصور الجيولوجية المعتمدة في تاريخ الأرض. وبحلول عام 1995 تكثّف اعتماد هذا المصطلح في الأوساط العلميّة الرّسميّة بفضل جهود عالم المناخ -الهولندي الأصل- «بول جوزيف كروتزين» (1933-2021 Paul Jozef Crutzen) الحائز على جائزة نوبل في الكيمياء. و لا زال الوسط العلميّ يشهد جدلا حادّا حول مدى صحّة اعتماد هذا المصطلح والفترة الزمنيّة التي يجب أن تنسب إليه.

[2] تقع ولاية مدنين بالجنوب الشّرقي للبلاد التّونسيّة. وتعدّ حسب آخر إحصائيّات سنة 2014 أكثر من 479 ألف ساكن. أمّا أهم المدن الرّاجعة إليها بالنّظر فهي جزيرة جربة المستقلّة جغرافيّا بحكم موقعها البحريّ ومدن مدنين وبن قردان وجرجيس وبني خداش وسيدي مخلوف. وتتمتّع الولاية بتنوّع تضاريسها الجغرافيّة الجبليّة والسّهلية والسّاحلية.

[3] Norman Lewis, "The Covid blame game could destroy trust in science", Spiked, 3rd June 2021

[4] Marc Olano, "Planète Menacée, Esprits troublés : Comment faire face?", Sciences Humaines, n° 343, janvier 2022, pp 54 - 255

[5] عبد الرّحيم العطري، "من الحجر إلى الضّجر"، مجلّة الدّوحة، عدد 173، مارس 2022

[6] Coronavirus: "Rolling coverage on the impact on Africa", Africa news, 17th March 2020

[7] Coronavirus Research Center, John Hopkins University

[8] Oumnia Boutaleb, Face au Coronavirus, l'Afrique se prépare au pire, Policy Center For the new South, pp 18- 20, mars 2020

[9] عبد الرّحيم العطري، "من الحجر إلى الضّجر"، مجلّة الدّوحة، عدد 173، مارس 2022

[10] Clifford Geertz ; After the Fact: Two countries, Four Decades, One Anthropologist: Harvard University Press 1995, pp 114

[11] كليفورد غيرتز، تأويل الثّقافات، ترجمة محمّد بدوي، مركز دراسات الوحدة العربيّة، بيروت 2009، ص 82

[12] المصطلح في الأصل لميشال دو سيرتو Michel De Certeau اقتبسناه من حقله السّوسيولوجي في حديثه عن اختراع اليوميّ في كتابه L'invention du quotidien

[13] فيزيائي وعالم أحياء. ولد بألمانيا 9 ماي1927 وتوفّي 6 فيفري2019. نال جائزة نوبل في الكيمياء سنة 1967

[14] Eigen (Manfred), Steps towards Life: A Perspective on Evolution, 1987

[15] تفشّى الفيروس للمرّة الأولى في مدينة ووهان الصّينية في أوائل شهر ديسمبر من سنة 2019. لتعلن منظّمة الصحّة

العالميّة رسميًا في 30 جانفي أن تفشّي الفيروس يُشكّل حالة طوارئ صحّية عالميّة تبعث على القلق الدّولي، ثمّ لتؤكّد بشكل رسميّ تحوّل الوضع إلى جائحة عالميّة يوم 11 مارس 2019.

[16] Garapon (Antoine), "Un Moment d'exception", Revue Esprit-5, mai 2020, pp 87 - 92

[17] ليبس (يوليوس)، أصل الأشياء: بدايات الثّقافة الانسانيّة. ترجمة كامل إسماعيل. دار المدى للثقافة والنّشر، سورية. ط2، 2006. ص 14

[18] ربيع ردمان، جائحة القرن: الدّروس المستفادة، أفريل 2020

[19] فيديو انهيار وبكاء مدير مستشفى ماطر في تونس بسبب اقتراب نفاد الأكسجين 19-07-2021.
https://www.youtube.com/watch?v=DXS7h7bj5W0

[20] نورمان لويس، مقال حافّة الذّعر الكوني. ترجمة مروى بن مسعود. مجلّة الدّوحة أفريل2020 ص150

[21] يمكن الإحالة على اجتماع طقوس الخوف والإحساس بالمأسويّ من ناحية وطقوس العربدة والإسراف من ناحية أخرى: في : الإرهاب المقدّس، تيري إيجلتون. الفصل الأوّل: "دعوة إلى طقوس عربيدة". ترجمة أسامة إسبر. ط. دار بدايات سورية 2007

[22] جورج باطاي، الإيروسيّة، ترجمة محمّد عادل مطيمط، دار التّنوير للطّباعة والنّشر، ط1، 2017 ص30

[23] عن صفحة المعهد العربيّ لحقوق الإنسان فرع الجنوب بتاريخ: 09-04-2020

[24] صورة الدكتور زيد العنز من موقع: https://www.google.com/search?q=%D8%AF.%D8%

[25] مريم المرزوقي: مدنين مهاجرون يرفضون التّلقيح ضدّ كورونا. (عن الصّفحة الرّسميّة لتونس الرّقميّة في اليوتيوب بتاريخ 11 أغسطس 2021)

[26] دليل الحوار بين أتباع الأديان في مواجهة جائحة كوفيد-19 الذي أصدره مركز الحوار العالمي (كايسيد) (وهو مركز الملك عبد الله بن عبد العزيز العالميّ للحوار بين أتباع الأديان والثقافات (KAICIID). وهي منظّمة دوليّة تأسست عام 2012 بشراكة بين السّعودية وجمهورية النّمسا ومملكة إسبانيا إلى جانب الفاتيكان بصفته عضوا مراقباً. ويقع مقرّها في مدينة فيينا عاصمة النمسا. تسعى إلى تعزيز ثقافة احترام التنوّع وإرساء قواعد العدل والسّلام بين الأمم والشّعوب.

[27] موقع "صوت الأمة" المصريّ: مقال: يوتيوب vs تيك توك".. "من سيفوز في الحرب المحتدمة بسبب كورونا؟" 2020.

[28] هي راقصة وفنّانة استعراضيّة تونسيّة ذات صيت واسع على مواقع التواصل الاجتماعيّ.

[29] طبيب نفسيّ ورئيس وحدة العلاج في عيادة أوبيربرج kurfurstendamm في برلين

[30] Philippe Ariès, Essais sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen Âge à nos jours, 1974

[31] ضبط آرنس أشكالا أربعة للموت: 1- الموت المروّض / 2- الموت الذّاتيّ / 3- موت الغير / 4- الموت المنقلب إلى ضدّه

[32] عبد الرّحيم العطري، "من الحجر إلى الضّجر"، مجلّة الدّوحة، عدد173، مارس2022

[33] جان كاليبستر، مقال العالم غير آمن وعلينا التكيّف. ترجمة محمّد الإدريسي. الدّوحة أفريل2020

فهرس

Al-εAṭrī, A. (mars 2022). Du confinement à la lassitude. *Doha Magazine*, 173.

Anonyme. (2020a). Coronavirus : couverture en continu sur l'impact sur l'Afrique. *Africanews*.

Anonyme. (2020b). YouTube vs Tiktok : qui l'emportera dans la guerre générée par la Corona ?. *Voix de la nation* [en ligne].

Arens, G. (2001). *Le suicide*. Munich.

Ariès, P. (1975). *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Âge à nos jours*. Seuil.

Ariès, P. (1977). *L'homme devant la mort*. Seuil.

Bataille, G. (1957). *L'érotisme*. Les éditions de minuit.

Ben Jalloul, M. (2020). L'attribution à Djerba du statut de gouvernorat répareraít une injustice et garantirait une équité territoriale. *Kapitalis [en ligne]*, *25*.

Boutaleb, O. (2020). Face au Coronavirus, l'Afrique se prépare au pire. *Policy Center for the New South*.

Certeau, M. D. (1990). *L'invention du quotidien*. Gallimard. [coll. Folio essais, 146]

Eagleton, T. (2007*). La Violence sacrée*. Dar Bidayat.

Eigen, M. (1987). *Steps towards life, a perspective on evolution*.

Garapon, A. (2020). Un moment d’exception. *Esprit*, (5), pp. 87-92.

Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures* (Vol. 5019). Basic books.

Geertz, C. (1995). *After the fact: Two Countries, Four Decades, One Anthropologist*. Harvard University Press, p. 114.

Guilbaud, A. (2015). *Le retour des épidémies*. PUF.

Kalbitzer, J. (2016). *Paranoïa digitale : rester en ligne sans perdre la tête*. Munich, CH Beck.

Lewis, N. (2020). Le seuil de la peur panique. *Eddawha, avril*, 150.

Lewis, N. (2021). Jouer à blâmer la Covid-19 pourrait détruire la confiance dans la science. *Spiked*.

Lips, J. (2006). *Les origines de la culture humaine*. Dar Al-Madā li-ṯaqāfā wan-našr.

Marzouki, M. (2021). Des immigrés refusent de se faire vacciner contre le Coronavirus. *Tunisie numérique*, (11).

Rainhorn, J. (2019). *Blanc de plomb. Histoire d'un poison légal*. Sciences Po (Les Presses de) [coll. « Domaine Histoire », 372 p.]

Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesthesia & analgesia*, *126*(5), 1763-1768.

Sciences Humaines. (2022). Planète menacée, esprits troublés : comment faire face ?

Sedgwick, P. (2012). Pearson’s correlation coefficient. *Bmj*, *345*. https://doi.org/10.1136/bmj.e4483.

Sharma, G. D., Bansal, S., Yadav, A., Jain, M., & Garg, I. (2021). Meteorological factors, COVID-19 cases, and deaths in top 10 most affected countries: an econometric investigation. *Environmental Science and Pollution Research*, *28*, 28624-28639.

Tchole, A. I. M., Li, Z. W., Wei, J. T., Ye, R. Z., Wang, W. J., Du, W. Y., & Cheeloo EcoHealth Consortium. (2020). Epidemic and control of COVID-19 in Niger: quantitative analyses in a least developed country. *Journal of global health*, *10*(2).

Togola, O. B., Soumaré, M. D., Mariame, L. C., Kayembé, K., Sangho, O., Koné, Y., & Traoré, B. (2021). Étude descriptive des cas de covid-19 en commune III de Bamako du 26 mars au 27 août 2020. *Mali médical*, *36*(2).

Unesco. (2020). Covid-19 au Sénégal : Des mesures fortes pour endiguer la contagion. *United Nations Economic*. https://fr.unesco.org/news/covid-19-au-senegal-mesures-fortes-endiguer-contagion.

Vidal, L., Eboko, F., & Williamson, D. (2020). Le catastrophisme annoncé, reflet de notre vision de l’Afrique. *Le Monde Afrique*, (9). https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/05/08/coronavirus-le-catastrophisme-annonce-reflet-de-notre-vision-de-l-afrique-6039110-3212.html.

Yuan, L., Zhi, N., Yu, C., Ming, G., Yingle, L., Kumar, G. N., & Ke, L. (2020). Aerodynamic characteristics and RNA concentration of SARS-CoV-2 aerosol in Wuhan hospitals during COVID-19 outbreak. *BioRxiv*.



@Elise Fitte-Duval, « Série Dés-augmentation », réalisée dans le quartier Ouakam de Dakar, 2021.

Préserver la vie biologique contre la société ?

Analyse des mesures de prévention contre la Covid-19 à Conakry, République de Guinée

Gassim Sylla

Assistant de recherche au Triangle UMR 5206 (Lyon) et au Centre de recherche et de formation en infectiologie de Guinée (CERFIG)
gassim.sylla@ens-lyon.fr

How to cite this paper:
Sylla G., (2022). Préserver la vie biologique contre la société ? Analyse des mesures de prévention contre la Covid-19 à Conakry, République de Guinée. *Global Africa*, (2), pp. 236-248. https://doi.org/10.57832/p3pk-d724

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

Résumé

En Guinée, le premier cas de Covid-19 est déclaré le 12 mars 2020 à Conakry, la capitale du pays. La pandémie est survenue dans un contexte sociopolitique tendu en raison de l'organisation d'élections référendaires autorisant la réélection du président d'alors pour un troisième mandat à la tête du pays. Les mesures sanitaires ont ainsi été décriées par une partie de la population, qui les a perçues comme des outils mis en place par les autorités pour empêcher les manifestations politiques. Aux premières heures de la pandémie, la Covid-19 était considérée comme une maladie ne touchant que les élites et les voyageurs internationaux. Puis, la contamination s'est généralisée, touchant toutes les couches de la société. Les études de séroprévalence indiquent un taux de contamination en population générale de 60 % (Soumah et al., 2022). À partir d'une ethnographie menée à Conakry entre juin 2020 et septembre 2021, je décris comment les conditions de vie, les rôles et le statut des acteurs sociaux les exposent à la contamination. Je souligne également les représentations associées à la contamination et à l'impossible application de mesures barrières privilégiant la prévention contre la Covid-19, et la tension entre protection de la vie humaine et vie sociale

Mots-clés

Conakry, Covid-19, contamination virale, acteurs sociaux, ethnographie

Contexte

Conakry[1], le 12 mars 2020, le premier cas de Covid-19 est enregistré, il s'agit d'une fonctionnaire de l'Union européenne entrée en Guinée après des congés en France et en Belgique. Lorsque survient la Covid-19 en Guinée, le pays sort du traumatisme de l'épidémie de la maladie à virus Ébola. Cela coïncide également avec une période de crise sociopolitique consécutive à l'organisation d'un référendum constitutionnel contesté autorisant le président de la République d'alors, Alpha Condé, à mener une campagne électorale qui le conduira à un troisième mandat. La tenue des élections a engendré un sentiment de politisation de la Covid-19 (Kamano, 2020). Nombre de personnes perçurent la mise en place du couvre-feu sanitaire et l'interdiction de rassemblements pourtant autorisés dans les marchés comme une conspiration du pouvoir, en arguant que ces mesures sanitaires visaient en fait à museler les manifestations politiques. Aux premières heures de la pandémie, l'ensemble des personnes qui ont été testées et identifiées comme positives à la Covid-19 (qu'elles soient symptomatiques, paucisymptomatiques ou asymptomatiques) a été placé en quarantaine dans des sites dédiés et mis sous traitement. Cette situation s'inspire de la riposte contre Ébola, durant laquelle les centres de traitement ont été mis en place dès le début de l'épidémie comme une évidence, tant pour soigner les malades que pour contenir la diffusion du virus sur le territoire (Gomez-Temesio & Le Marcis, 2017). Ces centres ont été, çà et là, qualifiés de « mouroirs » (Mbaye et al., 2017). La mise en quarantaine des cas positifs à la Covid-19 a été en effet perçue comme un emprisonnement. Les personnes asymptomatiques, en particulier, ont contesté leur infection et mis en doute la nécessité de leur traitement (Attas et al., 2021). En conséquence, la relation avec le personnel de soins a été marquée par des situations conflictuelles qui ont pris la forme de disputes, d'évasions, de destruction des équipements des centres et de refus des traitements.

Cette relation entre patients et soignants fait écho au rapport singulier entre la population guinéenne et l'État (Gomez-Temesio & Le Marcis, 2017), caractérisé par un manque de confiance (Somparé, 2020). La gestion de la pandémie est perçue comme un instrument d'oppression, une perception renforcée par la crise de confiance déjà ancienne entre le peuple, d'une part, et les autorités et l'élite politique d'autre part (Attas et al., 2022, p. 28). Pour avoir placé en quarantaine les patients testés positifs à la Covid-19, le gouvernement a été soupçonné d'avoir eu l'intention d'intoxiquer des personnes, en particulier dans les fiefs de l'opposition. Cette perception n'est pas spécifique à la Guinée, elle a été observée dans d'autres pays africains. En Ouganda par exemple, Melissa Leach et al., (2022, p. 10) mentionnent que la mise en quarantaine ou l'hospitalisation forcée des malades asymptomatiques ont suscité des discussions concernant l'intention, attribuée au gouvernement, d'empoisonner les opposants politiques. Cette situation s'est traduite en Guinée par le refus du test Covid, le non-respect des mesures sanitaires, et des manifestations, ce qui a fortement favorisé la circulation du virus. À la date du 19 juin 2022, le pays dénombre 37 123 cas confirmés, 443 décès hospitaliers, 338 décès communautaires positifs[2] (ANSS, 2022). La ville de Conakry concentre 80 % des cas confirmés avec un taux de contamination en population générale de 42 % (Soumah et al., 2022).

Partant de ce constat, je me demande par quels facteurs, notamment sociaux, les personnes s'exposent au risque de contamination par le virus de la Covid-19. Pourquoi les mesures préventives sont-elles perçues de façon mitigée par différents acteurs ? En quoi le respect des mesures barrières s'apparente-t-il à un choix tragique entre vivre biologiquement (vivre en bonne santé) et mourir socialement ou vivre socialement au risque de mourir ? Ces questions sont traitées à partir de données collectées entre les mois de juin 2020 et de septembre 2021 dans le cadre des programmes de recherche : « L'ombre portée d'Ébola sur l'épidémie de Sars-CoV-2[3] » et « Dynamique de l'épidémie à Sars-CoV-2 à

1 Conakry (capitale) abritant 1,6 million habitants (RGPH-2014). « Le taux d'accroissement annuel étant de l'ordre de 6,6 %, la population de Conakry avoisinerait les 2,3 millions d'habitants en 2020, soit environ un sixième de la population guinéenne » (présentation de Conakry – Guinée politique, www.guineepolitique.org. consulté le 10.05.2022).

2 SITREP 802.

3 Ce programme consiste à analyser des politiques publiques, des pratiques des acteurs et des représentations populaires relatives à la Covid-19 pour une meilleure réponse guinéenne à la pandémie. Il a bénéficié d'un financement de l'initiative « Covid-19 – Santé en commun », portée par l'AFD. Coordonné par le professeur Frédéric Le Marcis. Mené en partenariat entre le CERFIG, l'UGLSC, le CNFRS et l'IRD. Il s'inscrit dans le programme ARIACOV (www.ariacov.org).

Conakry, Guinée (COVEPIGUI)[4] ». J'ai mené une ethnographie établie sur des entretiens ouverts et des observations répétées dans les ménages des personnes identifiées comme positives à la Covid-19 dans le cadre de l'étude de séroprévalence COVEPIGUI. J'ai reconstitué les conditions de contamination par le biais d'une étude rétrospective appuyée par une approche descriptive. L'identité des enquêtés a fait l'objet d'une anonymisation, les informations permettant de les reconnaître ayant été modifiées et les éléments sociologiques nécessaires conservés. Les noms et les adresses mentionnés dans le texte sont fictifs, mais vraisemblables.

Je présente dans un premier temps les éléments clés de la difficile gestion de la Covid-19, ainsi que la variété des circonstances, des conditions de la contamination des personnes (telles qu'elles se présentent d'un point de vue matériel, mais également telles que les personnes les pensent), sans toutefois prétendre expliquer de manière définitive l'origine des contaminations. Cet exercice démontre combien l'expérience de la contamination est une réalité aussi bien objective que subjective. En second lieu, je propose d'analyser la notion de « réseau social », pourvoyeur d'opportunités, mais aussi facteur de risque de contamination dans un contexte de crise sanitaire, en Guinée, où l'État providence et un système de santé adéquat font défaut (Diakité, 2016 ; Somparé, 2017 ; Diallo, 2021). Enfin, dans la dernière partie, je discute de la Covid-19 en Guinée pour aborder la tension entre vie biologique et vie sociale. Le respect des mesures barrières au nom de la préservation de la vie biologique comporte en effet un risque pour l'entretien de la vie sociale, alors même que celle-ci garantit aux individus ressources et moyens de survie ou de réponse aux éventuelles difficultés sanitaires rencontrées par eux en l'absence de réponse étatique à ces aléas. Ce faisant, je porte une attention particulière aux perceptions des gestes barrières par les populations.

Une maladie très mobile qui défie les croyances populaires

L'émergence de la maladie de Covid-19 a surpris le monde entier, comme si ce genre de crise était dépassé et ne concernait que les grandes crises sanitaires du Moyen Âge (Misturelli, 2020). Le premier cas suspect est enregistré le 17 novembre 2019 à Wuhan dans la province du Hubei en Chine (Dumont, 2020) et officiellement déclaré par les autorités le 23 décembre (Offner et al., 2020). Le confinement n'y est appliqué qu'à partir du 23 janvier 2020. Le virus a donc eu largement le temps de se propager à l'intérieur du pays et dans le monde entier (Dumont, 2020) en suivant les déplacements des voyageurs internationaux (Lemey et al., 2020). L'amélioration des transports, favorisant l'hypermobilité des personnes, a servi de support à la diffusion de la Covid-19. Cette dernière serait restée strictement « chinoise » si la Chine, particulièrement Wuhan (épicentre de la maladie), n'était pas fortement connectée aux autres villes du pays et au monde à travers ses divers réseaux de transports (Dumont, 2020). Vers la fin du premier trimestre 2020, la Covid-19 touchera de nombreux pays, constituant un danger pour la santé et la sécurité mondiale. Le 11 mars 2020, profondément préoccupée par la rapidité de la diffusion et par la gravité de la maladie, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclare une pandémie (OMS, 2021). Au début de la pandémie, certains considéraient la maladie comme une menace lointaine (Goulard, 2019), ou croyaient qu'elle ne toucherait pas leur localité. Cette croyance sera très vite mise en question. Profondément marquée par l'épidémie de la maladie à virus Ébola qui a frappé de plein fouet trois pays de l'Union du fleuve Mano (Liberia, Sierra Leone et Guinée) entre mars 2014 et mars 2016 (Gasquet-Blanchard, 2017 ; Gomez-Temesio & Le Marcis, 2017), la société guinéenne incrédule observait avec inquiétude l'évolution de la Covid-19 à l'échelle internationale et espérait y échapper, mais elle allait faire avec le reste du monde l'expérience de la pandémie (Sylla, 2020). Aux premières heures de la maladie, les voyageurs internationaux et les hauts commis de l'État ont été les plus touchés. Ils ont alors été perçus comme étant les plus exposés au risque et comme des responsables de la transmission du virus. Une partie de la population ne se sentait pas concernée par la maladie et considérait que sa situation socioéconomique lui permettrait d'y échapper, car elle réduisait son exposition au risque de contamination virale. Une vieille femme malinké, habitant dans la banlieue

4 Ce programme consiste à décrire la dynamique et l'expansion de l'épidémie à SARS-CoV-2 en population à Conakry. Il a bénéficié d'un financement de l'ANRS COV16 COVEPIGUI. Piloté par le CERFIG, coordonné par les professeurs Jean-François Etard et Abdoulaye Touré.

de Conakry, affirme : *« on connaît les personnes qui contractent cette diankaro djou* (mauvaise maladie). *Nous, on ne la connaîtra pas, car il n'y a aucune condition qui nous expose* ». Un fonctionnaire à la retraite, rencontré à la fin du mois de mai 2021, se demande :

> « D'après ce qu'on voit et entend au travers des médias, la Covid-19 est grave. Mais il est impossible de la contracter si on ne voyage pas à l'étranger (Asie et Occident) et si on n'est pas un cadre qui assiste aux réunions. Moi, je passe toute ma journée entre la mosquée et la maison. Comment pourrais-je la contracter avec cette situation ? »

Pendant les quatre premiers mois de la survenue de la maladie, les communes de Dixinn et de Ratoma, abritant des expatriés, hauts fonctionnaires, grands commerçants et/ou hommes d'affaires, présentent les taux de contamination les plus élevés, comme le montre la carte 1. Cependant, en dépit des mesures prises et de la volonté politique affichée de contenir la diffusion du virus, l'ensemble des quartiers – aux profils socioéconomiques contrastés – de Conakry est touché, après plusieurs mois d'incursion de la maladie. Et au-delà de la capitale, la propagation s'est développée et a atteint plusieurs villes de l'intérieur du pays (carte 2). Au courant du mois de septembre 2020, les observateurs évoquent une « transmission communautaire » (MVAT/DATU et UN-Habitat , 2020) qui touche toutes les couches de la population. La diffusion du virus de la Covid-19 en Guinée est donc verticale et descendante, allant de l'élite aux couches sociales les plus populaires.

Les mesures préventives contre la Covid-19 : une menace pour la vie sociale pourtant garante de la vie biologique

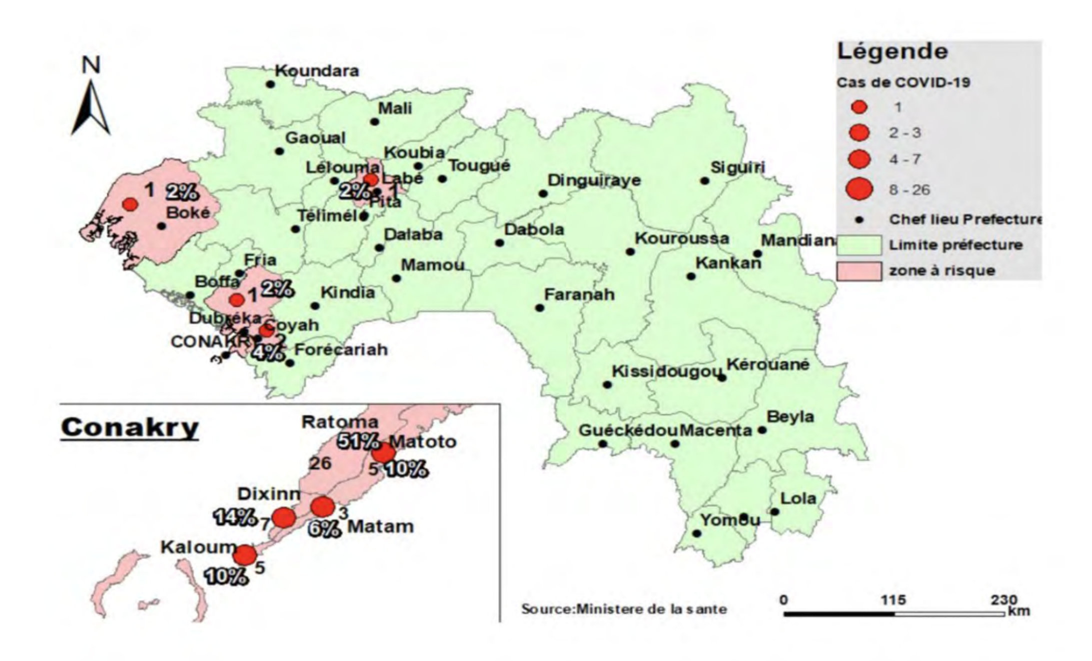
Dès le 25 mars, le président de la République de l'époque, Alpha Condé, décrète l'état d'urgence sanitaire, et le 18 avril, des mesures restrictives sont édictées (Cissé, 2020) sur ordre du ministère de la Santé par l'entremise de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSS). Les autorités suivent, ce faisant, les recommandations de l'OMS. Ces mesures consistaient en : l'instauration d'un couvre-feu ; le lavage systématique des mains ; la fermeture des lieux de culte et des établissements éducatifs ; l'interdiction, faute de présenter un test négatif à la Covid-19, des rassemblements, des vols commerciaux et des voyages entre Conakry et les préfectures du pays ; la réduction du nombre des passagers dans les transports en commun, des déplacements et visites chez les proches (MVAT/DATU et UN-Habitat, 2020). Ces mesures s'inscrivent dans une approche classique de gestion des crises sanitaires (Diouf et al., 2021) et suivent le rythme imposé à l'échelle internationale, qui est plus adapté aux pays du Nord (Casciarri, 2020) qu'aux pays du Sud. Au Soudan, par exemple, elles se sont montrées redoutables au regard de pratiques locales caractérisées par une importante sociabilité et convivialité (Casciarri, 2020). En Guinée, elles apparaissent comme inadaptées à la vie des personnes. En effet, elles placent les individus face à un choix entre la vie physique de l'être vivant et la vie de l'humain en tant qu'être politique, qui vit à sa propre manière, individuellement comme collectivement (Dubreuil, 2005 ; Fassin, 2006). Ces deux termes renvoient à la vie biologique et sociale. mais la frontière entre ces deux définitions de la vie est moins tranchée dans la réalité : pour les Guinéens, entretenir la vie sociale, c'est aussi garantir la vie biologique. L'inscription dans un réseau social suppose d'entretenir fréquentations et interactions, et cette inscription permet de bénéficier de soutien moral et financier lorsque des difficultés se présentent (perte d'emploi, problème avec la justice, problème de logement, problème sanitaire ou décès, etc.). Dans un contexte d'absence de filets de protection sociale, le fait de refuser de participer à ce réseau ou d'éviter d'interagir et d'accueillir des proches, c'est pour un individu mettre en péril les voies d'un soutien futur. Établir une distance avec ses proches au nom de la gestion d'une maladie entraine le risque de perdre leur soutien en cas d'embarras. Un homme d'une soixante d'années, commerçant de profession, rencontré pendant le second semestre 2020, affirme :

> « Personnellement, je ne peux pas couper le pont avec mes proches pour éviter Corona. Si je le fais et je rencontre des difficultés ensuite, personne ne viendra en secours ».

Si la Covid-19 reste une menace ailleurs (OMS, 2021), le discours sur la gestion en Guinée prend une tout autre forme : dans le langage populaire, les mesures préventives renvoient au « tournevis » économique et social, elles deviennent de plus en plus difficiles à respecter, car elles entravent largement les pratiques locales (Attas et al., 2022, p. 27), constituantes d'« amortisseurs sociaux ». De là, les actes de résistance vis-à-vis de ces mesures. Les acteurs vont en effet privilégier la vie sociale au détriment de l'application des gestes recommandés. À partir de quatre études de cas, je rends compte dans un premier temps du lien entre rôle social au sein de son réseau local et exposition au risque de contamination par la Covid-19. Deux exemples contrastés sont discutés : celui d'une personne au statut social élevé et celui d'une personne au statut socioéconomique précaire. J'évoque ensuite la difficile prévention de la Covid-19 en raison des conditions objectives d'habitation, puis au regard des modes d'habiter. Au travers de ces différents cas, les mesures préventives se montrent sourdes au contexte et déconnectées des réalités locales.

Les « réseaux sociaux » en Guinée : une source d'opportunités et de risques dans un contexte d'épidémie

La notion de réseau social évoque aujourd'hui le numérique (Facebook, LinkedIn, Twitter, etc.) ; pourtant, celui-ci n'en est qu'une forme spécifique (Kiyindou, 2011). Le réseau social désigne un groupe d'individus qui entretiennent des liens divers et variés (Mercklé, 2016).En l'absence d'État-providence, les individus se tournent vers leurs réseaux d'appartenance qui opèrent comme des organismes de solidarité et d'entre-aide pourvoyeurs de soutien financier, matériel et sanitaire.

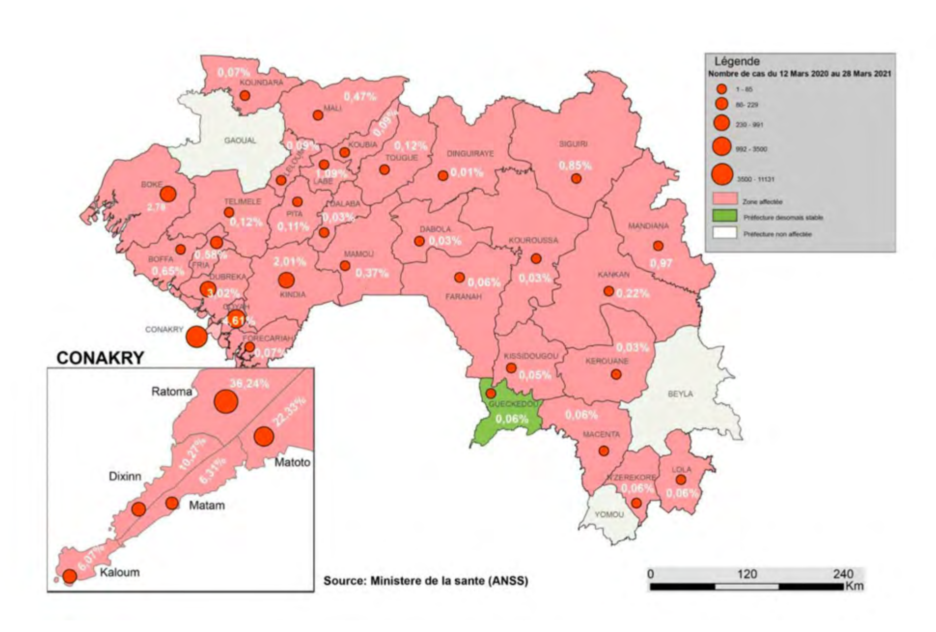


Carte 1 : Répartition spatiale des cas confirmés de Covid-19 à Conakry et en Guinée du 12 mars au 5 juin 2020 (source : ministère de la Santé 2020).

Le réseau social fonctionne donc comme un filet social, une protection favorisant l'accès à des ressources (Marie et al., 1997 ; Bidart et al., 2011). Il implique évidemment des logiques de réciprocité, de contrainte ou d'obligation rendant les individus redevables les uns vis-à-vis des autres. Dans la société guinéenne, les membres d'un réseau sont obligés de participer aux événements sociaux (hospitalisation, mariage, baptême, obsèques…) de chacun. Celui qui refuse tout en ayant les moyens financiers ou matériels se verra mis à l'index par les membres de son réseau et prend le risque de ne recevoir aucun soutien lorsqu'il fera lui-même face à des difficultés. Dans une telle configuration, les individus en viennent

à s’exposer au risque sanitaire (Faye et al., 2015). De nombreuses contaminations à la maladie à virus Ébola (OMS, 2014 ; Thys & Boelaert, 2017 ; Desclaux & Barranca, 2020) et à la Covid-19 (Galmiche et al., 2020 ; Dumont, 2020) se sont en effet produites dans l’accomplissement des obligations sociales. Le cas de Marie et de sa nièce, toutes deux déclarées positives à la Covid-19, démontre comment l’accomplissement des obligations dans le cadre du réseau expose au risque de contamination.

Marie est veuve depuis six ans, elle vend du riz local au détail. Elle habite dans une cour collective à Tâkhoui[5], un sous-quartier situé dans la commune de Kaloum. En juillet 2020, elle est partie avec quelques membres de sa famille élargie à Nzérékoré (ville située à 864 km de Conakry) en transport collectif interurbain pour participer aux obsèques de son grand frère décédé des suites d’une courte maladie. À ce moment, pour contenir la propagation du virus, l’interdiction des voyages entre Conakry et les villes de l’intérieur était en vigueur.



Carte 2 : Répartition spatiale des cas confirmés de Covid-19 en Guinée du 12 mars 2020 au 28 mars 2021 (Source : ANSS, 2021).

Le frère de Marie était prêtre et très connu dans la région de Nzérékoré. Il était le « baobab »[6] de la famille et un important soutien pour elle, dit-elle. Ses obsèques ont donné lieu à une grande rencontre à laquelle ses proches venus de partout ont participé. Elles ont été également un moment d’échanges intenses entre les visiteurs. Peu d’entre eux appliquaient les mesures sanitaires, précise-t-elle. Marie a séjourné pendant deux semaines à Nzérékoré. Refuser d’assister aux obsèques de son frère n’était pas une option envisageable. Lors de son séjour, elle et ses sœurs, assistées par des proches, se sont occupées de l’accueil des visiteurs et de la cuisine. Les femmes sont en effet davantage impliquées dans les cérémonies ou dans les rencontres conviviales (Dessertine, 2021). À son retour à Conakry, elle a développé un rhume et des douleurs musculaires. Elle estime avoir été en contact avec le virus au cours de son séjour :

> « J’ai contracté cette maladie pendant mon voyage parce que j’étais largement exposée ».

Pour appréhender les logiques supposées de la contamination de Marie, il faut comprendre comment s’articulent le statut économique et le genre. Après un long voyage collectif, afin d’assurer l’accueil et des travaux de préparation des repas en raison de son statut de femme, Marie s’est retrouvée de

5 Un terme soussou qui signifie « centre-ville ».

6 Le baobab est un arbre gros et de grande taille, il fournit des bois d’œuvre et de chauffage, de l’huile, des noix, des fibres, des fruits, etc. Ses différentes parties (racines, écorce et feuilles) sont exploitées à des fins thérapeutiques et nutritionnelles pour les humains (Garnaud, 2021). C’est un arbre qui sert également d’abri pour certains animaux, surtout les oiseaux. La multiplicité des usages du baobab en fait l’un des arbres les plus utiles en Afrique (Garnaud, 2021). De ce fait, on s’en sert généralement en Guinée pour magnifier la valeur des individus dans leurs réseaux, familiaux surtout.

nouveau insérée dans un groupe dense. Par ailleurs, pour se mettre davantage à l'abri sur le plan économique, les femmes s'insèrent activement dans l'espace social global en entretenant, au-delà de la sphère parentale, un réseau de relations, telles que des associations de type contractuel (Marie et al., 1998). C'est le cas du sèrè, un type d'organisation féminine largement répandue en Guinée, caractérisée par de l'entraide, des tontines et des rencontres régulières entre les membres. Ces rencontres ont aussi contribué à l'exposition à l'épidémie et à la propagation de celle-ci. La nièce de Marie a également été identifiée comme positive à la Covid-19. Elle a seize ans, ses parents vivent à Nzérékoré et elle est confiée à Marie.

Le « confiage » consiste en une pratique ancienne, très répandue dans les sociétés africaines (Jacquemin, 2000). Certains acteurs recourent au confiage pour renforcer la solidarité familiale. D'autres le font pour des intérêts personnels en transformant la jeune fille en « petite bonne », qui participe aux travaux ménagers (Vidal, 2013) et à certaines activités économiques (Jacquemin, 2000). Marie et sa nièce préparent et partagent la même assiette de nourriture quand elles sont toutes deux présentes à la maison. La nièce entretient la maison, lave les linges et rejoint souvent sa tante au marché pour l'assister dans ses activités commerciales. La nièce estime avoir contracté le virus dans leurs interactions, elle affirme ainsi :

> « Je pense [être] rentrée en contact avec le virus en compagnie de ma tante. En [plus] des interactions à la maison, je la rejoins souvent au marché pour l'aider dans la vente de riz. Je sers et récupère l'argent des clients ».

Elle est entrée en contact avec le virus parce qu'elle est dans une situation de service et occupe une position inférieure dans son réseau. Cependant, d'autres personnes ayant une position élevée dans leur réseau entrent aussi en contact avec le virus en raison de leur rôle.

Assumer le rôle du Kountigi (doyen du village) au risque de contracter la Covid-19 et de la diffuser

Le rôle du *Kountigi* est assuré par la famille fondatrice du village. Le *Kountigi* est l'« autorité morale » et le « garant de la paix » dans le village. Il assure la médiation entre les protagonistes et coordonne des activités d'ordre social. Il s'appuie sur un réseau de chefs des principales familles composant le village (Bernus, 2005) pour assurer ses fonctions. Ainsi, le *Kountigi* se retrouve en interaction fréquente avec plusieurs personnes : les membres du conseil de sages (collaborateurs directs) et les habitants du village. Une situation favorisant la contamination par la Covid-19. Tel est le cas de Elhadj, testé positif par sérologie avec quatre membres de sa famille vers la fin du mois de mai 2021. Elhadj habite dans la commune de Ratoma, à *N'nôma*[7], un quartier résidentiel de haut standing. Fonctionnaire à la retraite, il vit de sa pension, des bénéfices de sa plantation d'anacardiers et des aides apportées par ses enfants. Au sein de sa famille, Elhadj est le plus âgé ; il est ainsi le *Kountigi* et préside le conseil des saassociation des ressortissants de son village résidant à Conakry. *« À mon âge, je m'occupe uniquement du social et [du] maintien de la paix dans le village. C'est chez moi qu'on organise toutes nos réunions* », indique-t-il. En conséquence, les nombreuses responsabilités qui lui incombent le poussent à faire des déplacements et à entrer en interaction permanente avec d'autres personnes, ce qui favorise son exposition à l'épidémie. Pendant les premiers mois de la pandémie, Elhadj a organisé des mariages religieux et des baptêmes qui demeurent des moments de convivialité et de retrouvailles. Il a également assisté aux funérailles de son beau-frère, qui ont eu lieu au village, et il a organisé celles de son premier fils qui est décédé à Conakry. À l'occasion de celles-ci, les parents résidant au village, voisins et amis, sont venus massivement présenter leurs condoléances et exprimer leur sympathie à la famille. Certains parmi ces derniers sont restés plusieurs jours chez lui.

7 Expression soussou qui signifie « je peux ».

Les funérailles constituent une occasion de regroupement des personnes et sont l'expression ou la mise en scène de la surface sociale des individus. Elles donnent à voir concrètement l'étendue du réseau social de la famille. Ce faisant, elles raffermissent la sympathie, témoignent de l'affection et les liens de solidarité existant autour du défunt (Le Marcis, 2015). Ce sont aussi des occasions d'évaluer le degré d'estime que les individus éprouvent envers la famille endeuillée (Abdou, 2013).

À la suite de ces événements, Elhadj a développé une toux sèche, des maux de tête violents et a perdu le goût. Il a souffert de difficultés respiratoires et ne pouvait pas marcher plus de quinze à vingt mètres sans s'arrêter plusieurs fois. Son épouse, qui passait souvent la nuit à ses côtés, son frère, qui était à son chevet, mais aussi sa belle-fille, qui s'occupait de sa nourriture, ont aussi développé des signes de Covid-19. Mais aucun d'entre eux n'acceptera de faire le test pour connaître réellement la nature de sa maladie. Ils ont tous eu, dit Elhadj, recours à l'automédication en articulant les traitements modernes (comprimés) et traditionnels (tisanes).

L'automédication est largement partagée dans la société guinéenne. Au quotidien, les patients mobilisent de façon simultanée ou successive la médecine moderne et la médecine traditionnelle pour la prise en charge de leur maladie (Le Marcis et al., 2021, p. 42). L'automédication est courante en Guinée, mais elle a pris de l'ampleur pendant cette crise sanitaire.

Pour Elhadj, la Covid-19 est une maladie inévitable, qu'on peut contracter n'importe où et à n'importe quel moment, dont la prévention relève uniquement du pouvoir divin. Il suppose avoir contracté la maladie et l'avoir diffusée au sein de sa famille à la suite de sa participation aux événements mentionnés plus haut. Il explique :

> « C'est maintenant clair pour moi que je souffrais de la Covid-19 que j'ai sûrement ramassé [contracté] à l'occasion des cérémonies, funérailles et réunions auxquelles j'ai assisté à l'époque, pour venir contaminer ma famille. La Covid-19 est dangereuse, mais il est impossible de la prévenir ».

Elhadj dispose de conditions de vie décentes en matière de logement et de moyens matériels et financiers qui devraient lui permettre de bien appliquer ou suivre les mesures sanitaires recommandées. Cependant, malgré la reconnaissance des réalités de la Covid-19 sur le territoire national, il a continué à exercer ses fonctions, à maintenir ses déplacements et ses interactions habituelles. Ses perceptions concernant la Covid-19, « une maladie inévitable », son statut et son rôle au sein de son espace social, constituent des facteurs importants qui le poussent à ne pas respecter les mesures préventives. En tant que premier responsable, le fait de prendre le risque de privilégier les mesures sanitaires au détriment des fonctions qu'il assume dans son réseau aurait des effets néfastes sur le bon fonctionnement du réseau, car le geste serait mal vu et mal interprété par les membres. Dès lors, le respect de ces mesures est inadéquat au profil d'Elhadj.

Au-delà des perceptions et du profil social, les données collectées montrent que certains individus s'exposent à la contamination en raison des conditions d'habitation.

Le quartier périphérique et la difficile prévention de la contamination à la Covid-19

Depuis une vingtaine d'années, plusieurs quartiers de Conakry sont soumis à de fortes pressions sociodémographiques (Kébé-Gangneux, 2016) qui ont occasionné une extension incontrôlée de la ville, laissant les individus construire en l'absence d'un véritable plan régulateur (Somparé, 2020) qui correspondrait à une gestion adéquate de l'espace (Kouadio Oura, 2012). Cette situation reste très favorable à la circulation virale. Comme c'est le cas à Tâfori[8], un quartier périphérique très peuplé. Les ruelles sont animées : portes et fenêtres des habitations s'ouvrent sur la rue et, devant elles, les gens s'assoient, discutent, mangent et vendent des beignets sans la moindre application des mesures sanitaires. Tâfori est peu loti et l'accès en est très difficile en véhicule. Il manque d'égouts ; ainsi, lorsqu'il pleut, toutes les rues et la plupart des habitations sont inondées. On aperçoit souvent aux carrefours

8 *Tâfori* signifie en soussou ancien village ou ancienne ville.

des déchets entassés, en cours de combustion lente ou en attente d'un ramassage hypothétique. L'habitat est dominé par d'anciennes maisons sans clôture, construites en banco, composées de deux à quatre chambres, d'une petite terrasse, de murs noircis à la peinture défraîchie, de toitures rouillées le plus souvent maintenues par des morceaux de bois, des cailloux et des pneus usés. Dans chacune des cours du quartier, les toilettes sont communes. Les chambres sont collectives, abritant trois à quatre personnes qui sont généralement les membres d'une famille élargie, qui, au-delà des époux, des épouses et des enfants, implique des petits-enfants, neveux, nièces, frères, sœurs, cousins, cousines, oncles, tantes, etc. Le fait que plusieurs personnes partagent une même chambre, pratique répandue dans les grandes agglomérations guinéennes (Barry, 2006), s'explique par la solidarité (Janin, 2003), mais aussi par l'absence de logements sociaux et la non-réglementation du loyer.

Tâfori ne dispose ni de système d'adduction d'eau potable ni de structures de santé. Ses habitants se déplacent pour consulter un agent de santé dans un quartier voisin et se procurent de l'eau dans d'autres quartiers ou chez des personnes possédant un forage dans leur cour. Ces maisons sont envahies par une noria de porteurs d'eau à tout moment de la journée. La quête d'eau est donc l'occasion d'attroupements importants d'individus venant de différentes familles qui se « mélangent » et se « frottent[9] » aux autres. Dans ce contexte, on observe une promiscuité extrême permettant l'exposition au risque. Soumah, enseignant à la retraite et époux de trois femmes, ne déroge pas à cette situation. Une vingtaine de personnes composent sa famille élargie. Parmi elles, quinze sont déclarées positives à la Covid-19. Il dispose d'une pompe à eau chez lui. Celle-ci est connectée sur le forage d'un voisin (riche) qui ferme toujours le portail de sa cour. Ainsi, les autres voisins (femmes et enfants), munis de bidons et de seaux, viennent puiser de l'eau chez lui à longueur de journée. Certains, attendant leur tour, s'assoient sur la terrasse. D'autres restent debout et échangent entre eux. Aucun d'entre eux ne porte le masque de protection.

Le manque de services sociaux de base préoccupe beaucoup plus les habitants de Tâfori que la prévention d'une éventuelle contamination par la Covid-19. Soumah se demande ainsi :

> « Que faire pour se protéger contre cette maladie (Covid-19) alors que nous vivons dans un quartier précaire où il y a un manque total d'infrastructures et d'aides sociales, et où la promiscuité et les interactions sociales sont importantes ? »

Tâfori abrite une forte densité d'habitants. Il n'y a pas d'espaces publics ou d'aires de jeu aménagés. De telles réalités concernent la grande majorité des quartiers de Conakry, elles sont imputables à l'urbanisation anarchique et à l'aménagement incontrôlé du territoire, empêchant toute initiative de rénovation urbaine, surtout dans les bidonvilles (Diop, 2015). À Tâfori, les habitants, entassés au salon ou sur la terrasse, passent toute leur journée, sans le moindre respect des mesures préventives, notamment de la distanciation physique. La plupart des chambres qui s'y trouvent sont collectives et peu aérées, une situation favorable à la contamination virale. Au-delà du manque d'infrastructures, il faut noter que la grande majorité des habitants sont démunis financièrement et vivent au jour le jour, ce qui, d'ailleurs, a un impact sur l'obtention ou l'usage des kits d'hygiène. Leur quotidien est marqué par des interactions très denses ; de fait, les mesures restrictives, surtout la limitation des déplacements et les visites chez des voisins ou des proches sont insupportables pour eux.

En plus d'habiter la périphérie, le fait de rester à domicile contribue aussi à l'exposition à la contamination.

Partager son domicile : un facteur d'exposition au risque de contamination à la Covid-19

Bangoura est chef de quartier. Il est communément appelé *mènguè* (chef). Lui et dix autres membres de sa famille sont déclarés positifs à la Covid-19 dans le courant du mois de juin 2021. Ils logent dans une ancienne maison de petite taille. Celle-ci est composée de quatre chambres de trois à quatre personnes chacune. Elles sont occupées par les petits-enfants, les enfants et les trois épouses de Bangoura (lui n'a

9 En Guinée, les verbes « se mélanger » et « se frotter » sont employés pour décrire des interactions fréquentes et rapprochées (par exemple entre deux amis inséparables).

pas de chambre fixe, il partage alternativement, tous les trois jours, les chambres de ses épouses). La maison dispose également d'un salon où l'on trouve des chaises en plastique et un téléviseur à écran plat connecté au bouquet de chaînes Canal+, devant lequel la famille se réunit dans la soirée pour regarder les informations ou un film. Elle dispose aussi d'une terrasse qui sert de lieu de réception des visiteurs, de lieu de rencontre et de causerie, de lieu de vente de sandwichs, de cuisine et de salle à manger. On y observe une absence notable de kits d'hygiène, ainsi qu'une promiscuité intense et une interaction entre les membres de la famille, mais aussi entre eux et les habitants du quartier. Lorsque ceux-ci passent devant le domicile, certains s'arrêtent pour échanger quelques mots avec la famille. D'autres, plus intimes, cherchent à taquiner *mènguè* et se présentent pour lui serrer la main.

Mènguè se qualifie de *jatigi* (hôte) et de *yama higi* (espoir de tous les habitants du quartier), et considère son domicile comme une « maison commune », un lieu de rencontre qui n'est pas réservé à sa seule famille (Houssay-Holzschuch, 1998). Les habitants du quartier viennent y passer plusieurs heures à regarder la télévision, à partager les repas ou à échanger avec la famille de Bangoura. Ses enfants ainés, qui ne résident pas dans la maison, mais la considèrent comme « unité d'appartenance de base » (Dessertine, 2021, p. 21), viennent y passer de longs moments pour divers motifs : prendre des nouvelles des parents et des frères cadets, partager des repas, pris dans un même grand plat, avec la famille, échanges autour des tâches à réaliser et des sujets préoccupant la famille (Brunet et al., 2013). C'est aussi un espace de communication des modèles de comportement exprimant les valeurs du réseau familial (Barou & Verhoeven, 1997), comme l'entente et le respect mutuel entre les enfants. Par ailleurs, souffrant de la prostate, *mènguè* n'accepte pas de s'éloigner longtemps de son domicile. Il y organise des réunions du conseil de quartier et reçoit des habitants pour des questions administratives et des questions de règlement des situations conflictuelles. En Guinée, les chefs de quartier fonctionnent comme un premier niveau de la justice de paix ; munis des règlements, ils arbitrent les disputes et assurent la médiation entre les protagonistes (Wisler et al., 2018). Ils participent également à la gestion des affaires administratives et sanitaires (Kébé-Gangneux, 2016) dans leur localité.

Un matin, je me suis rendu à son domicile, *mènguè* est absent. Sa fille, assise sur la terrasse avec une amie (une voisine), m'informe qu'il s'est rendu, comme à son habitude, au bar-café d'à côté et m'invite à prendre place. Une vieille femme et deux jeunes hommes sont assis pour attendre le retour de *mènguè*, qu'ils sont venus consulter sur des questions administratives ; cinq autres jeunes garçons (voisins et fils de *mènguè*) sont assis et discutent entre eux, en attendant que les jeunes filles sortent du salon pour aller regarder un match de football sur Canal+. Sur le muret de la terrasse est assis le petit-fils de *mènguè*, avec trois autres petits garçons. L'enfant joue avec le téléphone de sa grand-mère (la première épouse de *mènguè*). Devant elle, une table est disposée où reposent des marchandises proposées à la vente : un sac de riz contenant des baguettes de pain, deux paniers, dont l'un est rempli de haricots et l'autre de ragoût, que les habitants du quartier viennent acheter pour le petit-déjeuner. Cinq clients font la queue pour être servis. Tout comme elle, aucun d'entre eux ne porte de masque de protection, n'utilise de solution hydroalcoolisée, ne respecte la distanciation physique.

Habillés en pantacourt et tee-shirt, *mènguè* et son secrétaire viennent nous retrouver à la terrasse. *Mènguè* demande à sa petite fille d'apporter deux chaises pour eux. Ils s'assoient l'un auprès de l'autre, son homonyme (petit-fils[10]), toujours proche de lui, vient s'asseoir sur ses jambes. Ensuite, ils commencent à discuter avec la vieille femme et les deux jeunes qui attendaient *mènguè*. Là encore, personne ne porte de masque de protection ni ne respecte la distanciation physique. Pendant qu'ils discutent, une jeune femme vient sans masque demander un certificat de résidence[11] ; *mènguè* le signe avant de le remettre à la jeune femme. Il commence à pleuvoir plus tard, et *mèngue* invite tous ses hôtes à rejoindre le salon, malgré sa taille restreinte. Certains restent debout. D'autres s'assoient sur les chaises disponibles. À ce moment, nous sommes une quinzaine de personnes, aucun d'entre nous ne porte de masque et le maintien d'une quelconque distanciation physique est tout simplement impossible.

10 Dans la société guinéenne les liens ou les relations entre les grands-parents et les petits-enfants sont caractérisés par des interactions quotidiennes qui impliquent le rapprochement, l'affection, ainsi que la plaisanterie reposant sur des blagues, des taquineries et des simulacres de bagarres (Dessertine, 2021 : 74-75). Les liens entre *mènguè* et ses petits-enfants, notamment son homonyme, ne dérogent pas à cette règle.

11 Le certificat de résidence est délivré par le chef de quartier.

> « Je suis informé sur les réalités de la Covid-19 à travers des médias et des gens que je rencontre. Mais, je suis yama higi. Tout le monde vient chez moi pour résoudre ses problèmes, il est très difficile pour moi de mettre fin à cela. En tant que responsable local, plus on est loin des gens, plus on est détesté ».

La survenue de la Covid-19 n'a rien modifié chez *mèngué*. Pourtant, il est informé sur la pandémie. La gestion de la Covid-19 constitue pour lui une préoccupation secondaire comparée à son statut local. On perçoit ici la difficulté de faire des responsables locaux un des maillons forts et nécessaires de la prévention contre les épidémies sans s'interroger sur la nature même de l'épidémie. Ici, prévenir la contamination pour le *mèngué* supposerait simplement pour lui de ne plus assumer son rôle social. Si les responsables locaux ont, par endroits, fait preuve d'une grande efficacité au cours des épidémies précédentes, notamment celle d'Ébola (Mbaye et al., 2017), la reproduction des mêmes mécanismes sans prendre en compte la nature de la Covid-19 nous amène à nous interroger. Par ailleurs, la propagation du virus au sein de la famille de *mèngué* s'explique par l'impossible respect des mesures barrières et les conditions matérielles d'habitat, de subsistance, par les activités (commerciales) de sa femme, les visites/fréquentations et interactions intenses au sein de la maisonnée, mais aussi par les responsabilités et le statut social.

Conclusion

Dès le début de la pandémie de la Covid-19 en Guinée, les autorités ont pris des mesures pour prévenir l'extension du virus. Mais le contexte sociopolitique dans lequel la maladie s'est déployée et les conditions objectives de vie de la population de Conakry ont mis à mal l'application des mesures barrières mises en place pour contenir la propagation du virus. Celles-ci entravent des valeurs et pratiques bien ancrées dans la société guinéenne, notamment les interactions ordinaires et l'accomplissement des obligations sociales. Le respect des mesures restrictives implique donc pour les individus une prise de risque qu'ils ne sont pas prêts à accepter. Impossible pour eux de ne pas entretenir leurs relations sociales alors que le quotidien de la grande majorité des individus est marqué par la solidarité et la réciprocité, sans lesquelles les personnes se retrouveraient dans une situation difficile. L'entretien de ces réseaux est donc privilégié au détriment de la prévention de l'épidémie, perçue comme un objet de manœuvres politiques. La transposition des recommandations internationales en matière de gestion épidémique ne peut pas faire abstraction des contextes locaux.

Contredisant la conception initiale de l'épidémie de la Covid-19 au sein de la société guinéenne faisant de cette maladie la pathologie des riches et des élites, la contamination s'est généralisée au sein de la population de Conakry, indépendamment du statut social et de l'activité. La généralisation de la contamination n'invalide cependant pas l'intérêt d'une réflexion articulant réseaux sociaux et Covid-19. Aujourd'hui, la société guinéenne doit faire face à la gestion des séquelles de la Covid-19 (Brown et al., 2022) ou Covid longue (Leperre et al., 2020). Celle-ci se traduit par des symptômes[12] nouveaux, temporaires ou permanents (Thallapureddy et al., 2022), dont la gestion par les individus reposera en partie sur leurs réseaux. Il importe ainsi dans ce contexte de comprendre quelles capacités cognitives et matérielles seront à leur disposition pour prendre en charge des séquelles méconnues.

Remerciements

Je tiens à remercier le professeur Frédéric Le Marcis et le docteur Sidy Cissokho pour la lecture des précédentes versions de ce papier. Je remercie aussi les évaluateurs pour leurs contributions substantielles ainsi que les traducteurs et le comité de rédaction.

12 Les patients indiquent avoir ressenti différentes combinaisons des symptômes suivants : épuisement, maux de tête, malaise post-exercice, difficulté à respirer, à penser ou à se concentrer, douleur à la poitrine ou à l'estomac, palpitations cardiaques, douleurs articulaires ou musculaires, troubles du sommeil, vertiges en position debout, changements d'humeur, d'odeur et du goût, etc. (CDC, 2020).

Bibliographie

Abdou, M. (2013). Le rite de la danse du cadavre et du transfert des génies d'un défunt chez les Baatombù du Nord-Bénin. *Journal des africanistes*, (83-2), pp. 142-162. https://doi.org/10.4000/africanistes.3429

Attas, F., Curtis, M. Y., Koniono, N. L., & Le Marcis, F. (2021). Covid-19 en Guinée. Impact de l'hétérogénéité des soins sur la perception de la prise en charge. *Note de politique ARIACOV*, *8*.

Attas, F., Keïta-Diop, M., Curtis, M. Y., & Le Marcis, F. (2022). Discours radiophoniques, cartographies épidémiques et représentations locales de la Covid-19 en Guinée. *L'Espace Politique. Revue en ligne de géographie politique et de géopolitique*, *2*(44). https://doi.org/10.4000/espacepolitique.10007.

Barou, J., & Verhoeven, M. (1997). Alimentation et rôles familiaux : La cuisine familiale des immigrés africains. *Ethnologie française*, *27*(1), 96-102. http://www.jstor.org/stable/40989832.

Barry, A. A. B. (2006). Étude situationnelle sur la famille en Guinée. *Les sciences sociales contemporaines/les classiques des sciences sociales.* http://dx.doi.org/.doi:10.1522/030075733.

Bernus, E. (2005). Kobané ou le temps arrêté. *Autrepart*, *2*(34), 151-172. 10.3917/autr.034.151.

Bidart, C., Degenne, A., & Grossetti, M. (2011). *La vie en réseau. Dynamique des relations sociales*. Le Lien social. 10.3917/puf.bidar.2011.01.

Brown, K., Yahyouche, A., Haroon, S., Camaradou, J., & Turner, G. (2022). Long COVID and self-management. *Lancet (London, England)*, *399*(10322), 355.

Brunet, F., Kertudo, P., & Ramos, E. (2013). Adapter la ville aux modes de vie des familles contemporaines : enquête sur les moments familiaux partagés à Paris. *Recherche sociale*, *1*(205), 6-101. https://doi.org/10.3917/recsoc.205.0006.

Casciarri, B. (2020). Fin ou nouvel élan d'un processus révolutionnaire au Soudan ?. Dans M. Selim (dirs.), *Anthropologie d'une pandémie,* Paris, L'Harmattan, pp. 95–117.

CDC. (2020). Covid-19 and your health. *Centers for Disease Control and Prevention*. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects.html.

Cissé, I. (2020). Quand la Covid-19 donne à la Guinée l'opportunité de faire un véritable virage numérique. Dans S. K. Diakité (dirs.)*, Covid-19. Témoignages de Guinée,* pp. 107–115, Conakry, L'Harmattan.

Desclaux, A., & Barranca, E. (2020). Des «vrais» et «faux» survivants d'Ebola ? Traces biologiques et conflits de preuves en Guinée 1. *Ethnologie française*, *178*(2), 361-376. DOI : 10.3917/ethn.202.0361.

Dessertine, A. (2021). *A quoi tient le village. Espaces et mobilités en pays malinké (Guinée)*. Société d'ethnologie.

Diakité, A. S. (2016). Ebola in Guinea: a revealer of strengths and weaknesses. *Alternatives Humanitaires*, (1), pp. 56-65. http://alternatives-humanitaires.org/en/2016/01/13/ebola-en-guinee-un-revelateur-des-forceset-faiblesses.

Diallo, S. (2021). *Politiques de santé en Guinée : de la colonisation au début du XXIe siècle*. L'Harmattan.

Diop, M. (2015). La violence ethnique de l'État postcolonial : Le cas de la Guinée. *Tumultes*, *1*(44), 103-115. https://doi.org/10.3917/tumu.044.0103.

Diouf, W., Faye, S. L. B., & Muyisa, B. S. (2022). Covid-19 and the crisis of humanitarian interventionism: governing public health emergencies in Africa differently. *International Review of Economic and Social Sciences*, (2), p. 23.

Dubreuil, L. (2005). De la vie dans la vie: sur une étrange opposition entre zôê et bios. *Labyrinthe*, *3*(22), 47-52. 10.4000/labyrinthe.1033.

Dumont, G.-F. (2020). Covid-19: The end of the geography of hypermobility?. *Les Analyses de Population & Avenir*, *11*(29), 1-13. https://doi.org/10.3917/lap.029.0001

Fassin, D. (2006). La biopolitique n'est pas une politique de la vie. *Sociologie et sociétés*, *38*(2), 35-48. https://doi.org/10.7202/016371ar.

Faye, O., Boëlle, P. Y., Heleze, E., Faye, O., Loucoubar, C., Magassouba, N. F., & Cauchemez, S. (2015). Chains of transmission and control of Ebola virus disease in Conakry, Guinea, in 2014: an observational study. *The Lancet Infectious Diseases*, *15*(3), 320-326.

Galmiche, S., Charmet, T., Schaeffer, L., Grant, R., Fontanet, A., Paireau, J., & Levy-Bruhl, D. (2021). *Etude des facteurs sociodémographiques, comportements et pratiques associés à l'infection par le SARS-CoV-2 (ComCor)* (Doctoral dissertation, Institut Pasteur; Caisse Nationale d'Assurance Maladie; IPSOS; Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (IPLESP); Santé Publique France).

Garnaud, S. (2021). Le baobab en Afrique, plus qu'un symbole, une ressource : l'arbre aux mille usages. *Futura Planète*, Dossiers, Baobab : l'arbre pharmacien, l'arbre de vie. https://www.futura-sciences.com/planete/dossiers/botanique-baobab-arbre-pharmacien-arbre-vie-666/page/6/.

Gasquet-Blanchard, C. (2017). The 2013-2016 Ebola epidemic in West Africa: critical analysis of a crisis primarily social. *Sante Publique*, *29*(4), 453-464. https://doi.org/10.3917/spub.174.0453.

Gomez-Temesio, V., & Le Marcis, F. (2017). Encamping Guinea: Ebola and the Postcolonial Experience. *L'Homme—Revue française d'anthropologie*, *2*(222) 57-90. https://doi.org/10.4000/lhomme.30147.

Goulard, S. (2019). Les défis que lance la crise de la COVID-19 à New Delhi. *Outre-Terre*, *2*(57), 229-237. https://doi.org/10.3917/oute2.057.0229.

Houssay-Holzschuch, M. (1998). Sociabilité, solidarité : culture, identité et vie urbaine dans les quartiers noirs du

Cap (Afrique du Sud). *Cybergeo: European Journal of Geography,* documents 95. https://doi.org/10.4000/cybergeo.4894.

Jacquemin, M. (2000). «Petites nièces» et petites bonnes : le travail des fillettes en milieu urbain de Côte-d'Ivoire. *Journal des africanistes*, *70*(1), 105-122.

Janin, P. (2003). Vivre ensemble ou la douleur d'être «en grande famille». *Politique africaine*, (91), pp. 33-50.

Kamano, T. A. (2020). Essai sur la maladie à coronavirus en Guinée : constats, analyse et perspectives. Dans S. K. Diakité (dirs.), *Covid-19. Témoignages de Guinée,* Conakry, pp. 91–97. L'Harmattan.

Kébé-Gangneux, J. (2016). Quand les citadins font et défont la ville à Conakry : le droit à l'espace. *Environnement Urbain/Urban Environment*, *10*.

Kiyindou, A. (2011). Réseaux socionumériques et solidarité. *Hermès*, *1*(59), 117-122. https://doi.org/10.3917/herm.059.0117.

Kouadio Oura, R. (2012). Extension urbaine et protection naturelle. La difficile expérience d'Abidjan. *VertigO*, *12*(2). https://doi.org/10.4000/vertigo.12966.

Leach, M., MacGregor, H., Akello, G., Babawo, L., Baluku, M., Desclaux, A., & Sow, K. (2022). Vaccine anxieties, vaccine preparedness: perspectives from Africa in a Covid-19 era. *Social science & medicine*, *298*, 114826.

Le Marcis, F. (2015)."Treating bodies like faggots": Social production of indifference in an Ebola context (Guinea). *Anthropology & Health*, 11. 10.4000/anthropologiesante.org/1907.

Le Marcis, F., & Marí-Sáez, A. (dirs.) (2021). *Final report: Study of the resurgence of the Ebola virus disease in the Nzérékoré region: Ebola 2021: the resurgence and the communities*. Cerfig, RKI, IRD. 10.13140/RG.2.2.14143.84641

Lemey, P., Hong, S. L., Hill, V., Baele, G., Poletto, C., Colizza, V., & Suchard, M. A. (2020). Accommodating individual travel history and unsampled diversity in Bayesian phylogeographic inference of SARS-CoV-2. *Nature communications*, *11*(1), 5110.

Leperre, A., Béal, C., & Krolak-Salmon, P. (2021). The Covid pandemic in long-term care. *Till death do us part*, *1*(144), 69–80. doi.org/10.3917/jalmalv.144.0069.

Mbaye, E. M., Kone, S., Kâ, O., & Mboup, S. (2017). Evolution of community involvement in the Ebola response. *Public Health*, *4*(29), 487-496. DOI: 10.3917/spub.174.0487.

Marie, A., & Vuarin, R. (dirs.) (1997). *L'Afrique des individus: itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey)*. Karthala, Collection Hommes et sociétés. https://www.cairn.info/l-afrique-des-individus--9782865377589.htm.

Mercklé, P. (2016). *La sociologie des réseaux sociaux*. La Découverte. https://www.cairn.info/la-sociologie-des-reseaux-sociaux--9782707188885.htm.

Misturelli, F. (2020). Des élèves confinés à Trieste en Italie. Dans M. Selim (dirs.), *Anthropologie d'une pandémie, L'Harmattan*, pp. 245-258.

MVAT/DATU & UN-HABITAT. (2020). Covid-19 : la Guinée ébranlée, mais pas vaincue. *Special Issue on Covid-19 in Guinea,* No. 003, September.

Offner, D., Merigo, E., Tardivo, D., Gros, C. I., Lupi, L., & Musset, A. M. (2020). Oral care and the Coronavirus COVID-19 epidemic. *Sante Publique*, *32*(2), 247-251. https://doi.org/10.3917/spub.202.0247.

Somparé, A. W. (2017). Health policy and practice in Guinea tested by the Ebola epidemic: the case of the city of Conakry. *Lien social et politiques*, (78), pp. 193–210. https://doi.org/10.7202/1039345ar.

Somparé, A.W. (2020). *L'énigme d'Ebola en Guinée : une étude socioanthropologique des réticences*. L'Harmattan.

Sylla, G. (2020). What Covid-19 does to social relations: from an experiment to the revelation of the social stakes of the pandemic. Dans S. K. Diakaté (dirs.), *Covid-19. Témoignages de Guinée*. L'Harmattan, pp. 33-44.

Thallapureddy, K., Thallapureddy, K., Zerda, E., Suresh, N., Kamat, D., Rajasekaran, K., & Moreira, A. (2022). Long-term complications of COVID-19 infection in adolescents and children. *Current Pediatrics Reports*, *10*(1), 11-17. https://doi.org/10.1007/s40124-021-00260-x.

Thys, S., & Boelaert, M. (2017). The origin of Ebola: Biomedical approach versus popular interpretations in Macenta, Guinea. *Sante Publique*, *29*(4), 497-507. DOI: 10.3917/spub.174.0497.

Vidal, D. (2013). «Petites bonnes» d'Abidjan. Sociologie des filles en service domestique. Dans, M. Jacquemin. L'Harmattan, Paris (2012). 216 p. *Sociologie du travail*, *55*(4), 539-541.

WHO. (2021). Chronology of WHO's response to Covid-19. https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline

WHO. (2014). It all started in Guinea: the epidemic continued to simmer – undetected – for more than three months. https://www.who.int/csr/disease/ebola/ebola-6-months/guinea/fr/

Wisler, D., Koropogui, S. T., Sib, H. H., & Coya, R. A. (2018). Four provincial towns in Guinea: from security to access to justice. *Salam Business Global*. http://www.coginta.org.

Preserving Biological Life Against the Society?

Analysis of Prevention Measures Against Covid-19 in Conakry, Republic of Guinea

Gassim Sylla
PhD candidate at ENS de Lyon (Triangle, UMR 5206)
Research assistant at the Centre for Research and Training in Infectiology of Guinea (CERFIG)
gassim.sylla@ens-lyon.fr

How to cite this paper:
Sylla G., (2022). Preserving Biological Life Against the Society? Analysis of Prevention Measures Against Covid-19 in Conakry, Republic of Guinea. *Global Africa*, (2), pp. 249-261.
https://doi.org/10.57832/r34w-ra33

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

Abstract

In Guinea, the first case of Covid-19 was declared in Conakry, the country's capital, on 12 March 2020. The pandemic happened in a tense socio-political context due to the organisation of a referendum authorising the candidacy and re-election of the then President for a third successive term as the head of the country. The health measures were thus decried by part of the population, who perceived them as tools put in place by the authorities to prevent political demonstrations. In the early days of the pandemic, Covid-19 was seen as a disease affecting only the elite and international travellers. However, the infection is now getting widespread, affecting all segments of society. Seroprevalence studies indicate a general population infection rate of 60% (Soumah et al., 2022). Based on an ethnographic study conducted in Conakry between June 2020 and September 2021, I describe how the living conditions, roles and social status of the population expose them to contamination. I also highlight the beliefs and perceptions associated with contamination and the impossibility of applying barrier measures that prioritise prevention against Covid-19, as well as the tension between protecting the human life and assuring its connections to the social life.

Keywords

Conakry, Covid-19, Viral Contamination, Social Actors, Ethnography

Context

On March 2020, the 12th, the first case of Covid-19 was recorded in Conakry1 when a European Union official arrived in Guinea after spending time in Belgium and France for her holidays. At the time Covid-19 presence was acknowledged in Guinea, the country was just emerging from the trauma of the Ebola virus disease. It also coincided with a period of socio-political crisis following the organisation of a contested constitutional referendum authorising the President of the Republic, Alpha Condé, to lead an electoral campaign and to be elected for a third consecutive term. The elections led to a sense of politicisation of Covid-19 (Kamano, 2020). Many people perceived the implementation of barrier measures such as the curfew and the ban on authorised gatherings in markets as a conspiracy from the government, arguing that these health measures were in fact aimed at muzzling political demonstrations.

In the early hours of the pandemic, all those who were tested and identified as positive for Covid-19 (whether symptomatic, paucisymptomatic or asymptomatic) were quarantined in dedicated sites and placed on treatment. This situation was inspired by the Ebola response, during which treatment centres were automatically established from the start of the epidemic, both to cure positive patients and to contain the spread of the virus in the country (Gomez-Temesio & Le Marcis, 2017). These treatment centres were frequently described as places of death ('mouroir') (Mbaye et al., 2017). Concerning Covid-19, the quarantine of positive patients was similarly perceived as imprisonment. In particular, asymptomatic individuals rejected their infection and questioned the need for treatment (Attas et al., 2021). As a result, the relationship between the population and healthcare staff became increasingly challenged and conflictual, involving arguments, escapes, destruction of healthcare facilities and refusal to observe treatment. This relationship between patients and caregivers echoes the particular relationship between the Guinean population and the authorities (Gomez-Temesio & Le Marcis, 2017), defined by a lack of trust (Somparé, 2020). In this context, the management of the pandemic is perceived as a tool of oppression (Attas et al., 2022, p. 28). Implementing quarantine for Covid-19 positive patients, the government was suspected of intending to poison people, especially in opposition strongholds. This perception is not specific to Guinea; it has been observed in other African countries. In Uganda, for example, Melissa Leach et al. (2022, p. 10) mentioned that the quarantine or forced hospitalisation of asymptomatic patients has led to discussions about the government's alleged intention to poison political opponents. In Guinea, this level of mistrust resulted in the refusal of Covid-19 testing, non-compliance with sanitary measures, and street demonstrations – all factors which strongly contributed to spread the virus among the population. In June 2022, the 19th, the country had 37,123 confirmed cases, 443 hospital deaths, and 338 positive community deaths (ANSS, 2022)[2]. Conakry accounted for 80% of confirmed cases and had a 60% general population infection rate (Soumah et al., 2022). On the basis of this observation, I asked myself what factors, particularly social factors, expose people to the risk of Covid-19 contamination. Why are preventive measures perceived in a mixed way by different actors? How is compliance with barrier measures a tragic choice between living biologically (healthy) and dying socially, or living socially and risking death? These questions are addressed using data collected between June 2020 and September 2021 as part of the research programmes:

'Ebola's shadow on the SARS-CoV-2 epidemic[3]' and 'Dynamics of the SARS-CoV-2 epidemic in Conakry, Guinea (COVEPIGUI)[4]' . In this seroprevalence study, I conducted an ethnography study based on open interviews and repeated observations in the households of people identified as Covid-19 positive. I

1 The capital Conakry is home to 1.6 million inhabitants (RGPH-2014). "With an annual growth rate of around 6.6%, the city's population would be around 2.3 million in 2020, or about one-sixth of the Guinean population" (Presentation of Conakry – Political Guinea, www.guineepolitique.org, accessed on 10.05.2022).

2 SITREP 802.

3 This programme consists of analysing public policies, stakeholder practices and popular beliefs around Covid-19 in order to improve Guinea's response to the pandemic. It was funded by the "Covid-19 – Health in Common" initiative, supported by AFD. Coordinated by Professor Frédéric Le Marcis and conducted in partnership between the CERFIG, UGLSC, CNFRS and IRD. It is part of the ARIACOV programme (www.ariacov.org).

4 This programme consists of describing the dynamics and expansion of the SARS-CoV-2 epidemic in the Conakry population. It was funded by the ANRS COV16 COVEPIGUI. Led by the CERFIG, coordinated by professors Jean-François Etard and Abdoulaye Touré.

reconstructed the conditions of infection through a retrospective study supported by a descriptive approach. The identities of the respondents were anonymised, information allowing them to be identified was modified and the necessary sociological elements were retained. The names and addresses mentioned in the text are fictitious, but plausible.

I first present the key elements of the difficult management of Covid-19 crisis, as well as the variety of circumstances and conditions under which people are infected (as they appear from a material point of view, but also as individuals perceive them). However I do not claim to categorically explain the origin of the contaminations. This exercise demonstrates how the experience of contamination is both an objective and subjective reality. Secondly, I propose to analyse the notion of 'social network', a provider of opportunities but also a risk factor for contamination in a context of health crisis in Guinea, where the welfare State and an adequate health system are lacking (Diakité, 2016; Somparé, 2017; Diallo, 2021). Finally, in the last section, I discuss Covid-19 in Guinea to address the tension between the biological and social being. The respect of barrier measures to preserve biological life entails a risk for the maintenance of social life, even though the latter guarantees individuals' resources and means of survival or of responding to possible health difficulties they may encounter in the absence of adequate State response. In doing so, I pay particular attention to people's perceptions of barrier measures.

Covid-19: a highly mobile disease that defies popular belief

The emergence of Covid-19 has taken the world by surprise, as if this kind of sanitary crisis was outdated and only concerned the great health crises of the Middle Ages (Misturelli, 2020). The first suspected case was recorded on November 17, 2019, in Wuhan, Hubei Province, China (Dumont, 2020) and officially declared by the authorities on December 23 (Offner et al., 2020). Containment was not enforced until January 23, 2020. The virus therefore had ample time to spread within the country and around the world (Dumont, 2020), following the movements of international travellers (Lemey et al., 2020). Improved transportation, which favours the hypermobility of people, has served as a medium for the spread of Covid-19. It would have remained strictly 'Chinese' if China, particularly Wuhan (the epicentre of the disease), was not highly connected to other cities in the country and in the world through its various transport networks (Dumont, 2020). By the end of the first quarter of 2020, Covid-19 had affected many countries, posing a threat to global health and security. On March 11, 2020, deeply concerned by the rapid spread and severity of the disease, the World Health Organization (WHO) declared a global pandemic (WHO, 2021). At the beginning of the pandemic, some people considered the disease a distant threat (Goulard ,2019), or believed that it would not affect their locality. This belief was soon challenged. Deeply affected by the Ebola virus epidemic that hit three Mano River Union countries (Guinea, Liberia, and Sierra Leone) between March 2014 and March 2016 (Gasquet-Blanchard, 2017; Gomez-Temesio & Le Marcis, 2017), the Guinean society incredulously watched the evolution of Covid-19 at international level with concern. While anticipating to escape the virus, it experienced the pandemic with the rest of the world (Sylla, 2020). In the early days of the disease, international travellers and senior government officials were the most affected. They were perceived as being most at risk and responsible for the transmission of the virus. A part of the population did not feel concerned by the disease and considered that their socio-economic situation would allow them to escape it, as it reduced their exposure to the risk of viral contamination. An elderly Malinké woman living in the suburbs of Conakry said: "We know the people who contract this *diankaro djou* (bad disease). We won't get it, because there is no condition that exposes us to it".

A retired civil servant, met at the end of May 2021, wondered:

> "From what we see and hear via the media, Covid-19 is serious. But it is impossible to contract it if you don't travel abroad (Asia and the West) and if you are not an executive who attends meetings. I spend my whole day between the mosque and home. How can I get it in this situation?"

During the first four months of the outbreak, the communes of Dixinn and Ratoma, home to expatriates, senior civil servants, large traders and/or businessmen, had the highest rates of infection, as shown on Map 1.

However, despite the measures taken and the political will to contain the spread of the virus, all of Conakry's districts – with contrasting socio-economic profiles – were affected after several months. Beyond the capital city, Covid-19 spread to several towns in the interior of the country (see map 2 below). During the month of September 2020, observers mention a "community transmission" (MVAT/DATU & UN-Habitat, 2020) that affects all strata of the population. The spread of the Covid-19 virus in Guinea therefore has been vertical and downward, from the elite to the most downtrodden social strata. Preventive measures appeared are constraints that are difficult to respect as they hinder social practices that are widely shared in society.

Preventive measures against Covid-19: a threat to social life, yet a guarantee of biological life

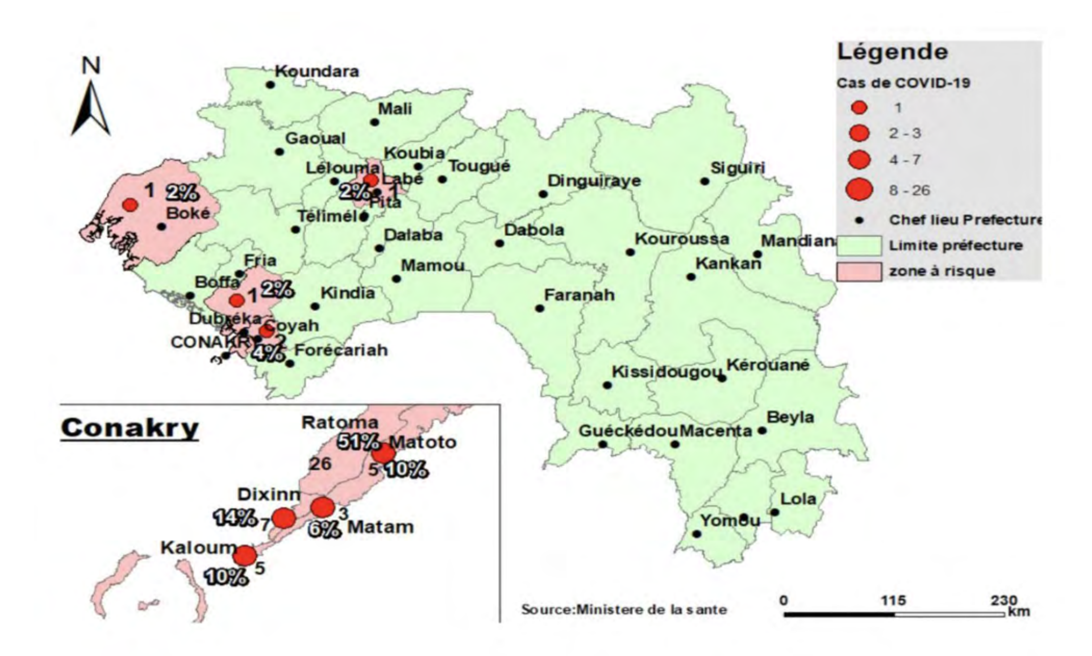
On the 25th of March, the President of the Republic Alpha Condé declared Covid-19 a public health emergency. On the 18th of April, restrictive measures were issued (Cissé, 2020) by the Ministry of Health through the National Health Security Agency (ANSS) in compliance with the recommendations of the World Health Organisation (WHO). These measures comprised the introduction of a curfew; the promotion of regular hand-washing; the closing of places of worship and educational establishments; the prohibition, in absence of a negative test for Covid-19, of gatherings, commercial flights and travel between Conakry and the country's prefectures; the reduction in the number of passengers on public transport; travel and visits to relatives (MVAT/DATU & UN-Habitat, 2020). These measures are part of a classic approach of health crises management (Diouf et al., 2021) and follow internationally imposed practices, which are more adapted to Northern countries (Casciarri, 2020) than countries of the Global South. In Sudan, for example, they have proved destructive in relation with local practices characterised by significant sociability and conviviality (Casciarri, 2020). In Guinea, they appear to be unsuited to people's lives. Indeed, they force individuals to choose between zoe (the simple fact of living, or the physical life of the living being) and bios (the life of the human being as a political being, living in his or her own way both individually and collectively) (Dubreuil, 2005; Fassin, 2006). Or, in other words, to choose between the biological life and the social life. The distinction between these two definitions of life is less clear-cut in reality. For Guineans, maintaining a social life also means guaranteeing a biological life. Maintaining a social life implies constant socialising and interaction. Being part of a social network implies keeping company and interacting, and this registration allows one to benefit from moral and financial support when difficulties arise (loss of employment, problems with the law, domestic issues at home, health problems or even death, etc.). In the context of the lack of social safety nets in Guinea, refusing to participate in this network or avoiding interacting with and hosting relatives is to jeopardise potential support channels for an individual. Distancing oneself from loved ones in the name of managing an illness means losing their support in case of problems. A shopkeeper in his sixties said during the second half of 2020: "Personally, I cannot cut off my family and friends to avoid Corona. If I do so and then have difficulties, no one will come to my rescue".

While Covid-19 remains a threat (WHO, 2021) elsewhere, the discourse on epidemic management in Guinea takes a completely different form: in local discourses, preventive measures are a form of economic and social 'screwdriver' and they are increasingly difficult to comply with for the population. They largely hinder local practices (Attas et al., 2022, p. 27), these latter constituting 'social shock absorbers' in the absence of which a large part of the population will find itself in difficulty. This belief motivates acts of resistance against restrictive measures aiming to control the spread of Covid-19. As a result, actors prioritise social life to the detriment of applying recommended health measures. Based on four case studies, I first report on the link between social role within one's local network and exposure to the risk of Covid-19 contamination. Two contrasting examples are discussed: a person with a high social status and a person with a low socio-economic status. I then discuss the difficulty

of preventing Covid-19 due to objective living conditions, and then in relation to living arrangements. In these different cases, preventive measures are blind to local contexts and disconnected from local realities.

Social networks are a source of opportunities and risks during a pandemic

The notion of a social network today evokes the digital world (Facebook, LinkedIn, Twitter, etc.); however, this is only one of its specific forms (Kiyindou, 2011). A social network refers to a group of individuals who maintain diverse and varied links (Mercklé, 2016). As welfare State does not exist in practice in Guinea, people focus on networks of belonging to solve their problems. They also focus on these same networks to obtain financial, material and health support. The social network thus constitutes a social net, one of the main forms of social protection that facilitate access to resources (Marie et al., 1997; Bidart et al., 2011). It implies logics of reciprocity, constraint or obligation, making individuals accountable to each other. In Guinean society, members of a network are obliged to participate in each other's social events (hospitalisation, wedding, baptism, funerals, etc.). Anyone refusing to do so while they have financial or material means will be ostracised by the members of their network and they risk receiving no support when they will be facing difficulties of any kind. In this context, individuals come to put themselves at risk in a health crisis situation (Faye et al., 2015). Numerous Ebola contaminations occurred during the fulfilment of obligations within the network (WHO, 2014; Thys & Boelaert, 2017; Desclaux & Barranca 2020), as well as Covid-19 contaminations (Galmiche et al., 2020; Dumont, 2020). The case of Marie and her niece, both tested Covid-19-positive, demonstrates how the fulfilment of obligations within the network allows for exposure to the risk of contamination.



Map 1: Spatial distribution of confirmed Covid-19 cases in Conakry and Guinea from March 12 to June 5, 2020 (source: Ministry of Health 2020)

Marie has been a widow for six years, she is a small trader selling local rice at retail. She lives in a communal courtyard in Tâkhoui[5], a sub-district in the commune of Kaloum. In July 2020, she and some members of her extended family travelled to Nzérékoré (a town 864 km from Conakry) by intercity public transport to attend the funeral of her older brother who died after a brief illness. At the time,

5 A Soussou term meaning 'city centre'.

to contain the spread of the virus, there was a ban on travel between Conakry and other national cities. Marie's brother was a priest and well known in the Nzérékoré's region. He was the "baobab"[6] of the family and an important support for her, she says. His funeral was an important gathering of his relatives from all over the world. It was also a time of intense exchange between visitors. Few of them applied the sanitary measures, she explains. Women are more involved in ceremonies or social gatherings (Dessertine, 2021). Marie spent two weeks in Nzérékoré. During her stay, she and her sisters, assisted by relatives, were in charge of welcoming visitors and cooking. On her return to Conakry, she developed a cold and muscle pains. She believes that she came into contact with the virus during her stay: "I contracted this disease during my trip because I was widely exposed".

In order to understand the supposed logics of Marie's infection, it is necessary to understand how economic status and gender intertwine. After a long collective journey by car, in order to ensure the reception and preparation of meals because of her status as a woman, Marie found herself once again immersed within a crowded group. Marie's refusal to attend her brother's funeral would have been frowned upon by her relatives, who would therefore not help her if she found herself in health, social or economic difficulties. Thus, fulfilling obligations within the network helps to avoid the danger of exclusion and is vital in a situation without social assistance provided outside one's personal network. In addition, in order to secure their network even more, women actively insert themselves into the larger social space by maintaining, beyond the parental sphere, a network of relationships such as contractual associations (Marie et al., 1998). This is the case of the sèrè, a type of women's organisation that is widespread in Guinea, characterised by mutual aid, tontines and regular meetings between members. These meetings contribute to the exposure and spread of the epidemic. Marie's niece also tested positive for Covid-19. She is a sixteen-year-old girl: her parents live in Nzérékoré and she was placed under Marie's care when she was younger. *"Confiage"* or the circulation of children from one family to another is an ancient practice, very widespread in African societies (Jacquemin, 2000). Some actors resort to "*confiage*" to strengthen family solidarity. Others do it for personal interests by transforming the girl into a 'little maid', so that she participates in housework (Vidal, 2013) and in certain economic activities (Jacquemin, 2000). Together, Marie and her niece prepare meals and they share the same plate of food when they are both present at home. The niece maintains the house, washes clothes and often joins her aunt at the market to assist her in her business activities. The niece believes she contracted the virus in their interactions, stating:

> "I think [I] came into contact with the virus when I was with my aunt. In addition to the interactions at home, I often join her at the market to help her sell rice. I serve and collect money from customers".

In Guinea, young girls generally perform tasks such as assisting with meal preparation, laundry, cleaning the house and washing up. These tasks involve staying at home and do not necessarily involve contact with other people. However, beyond housework, Mary's niece helps her with her business. This puts her in a situation of constant interaction with other people, which also contributes to her exposure to the virus. She has come into contact with the virus because she is in a service situation and occupies a lower position in her network.However, other people with a high position in their network also come into contact with the virus because of their role.

Assume Kountigi (village elder)'s role at the risk of contracting the Covid-19 and spread it

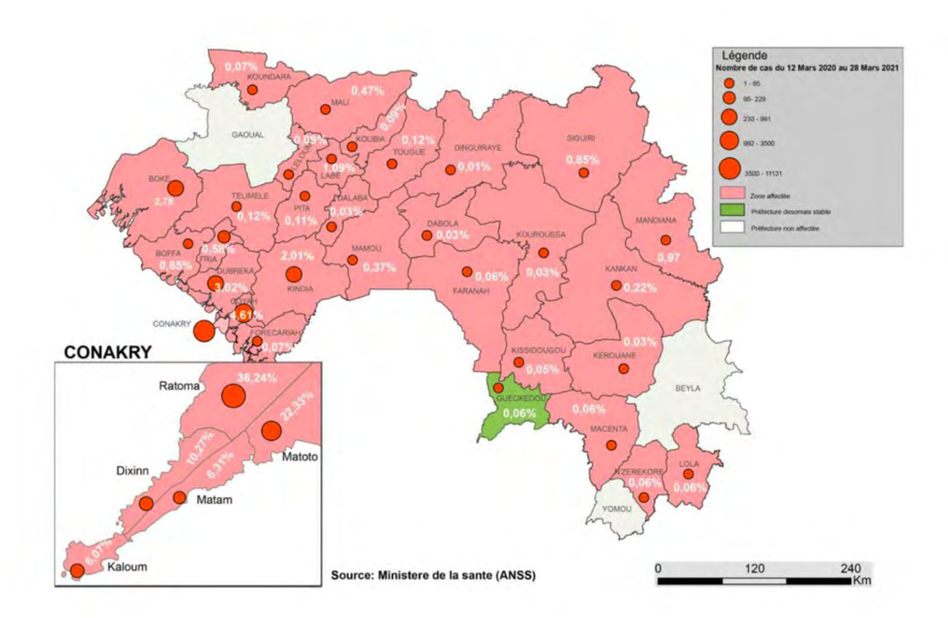
The role of the Kountigi is held by the founding family of the village. The Kountigi is the 'moral authority' and the 'guarantor of peace' in the village. He mediates between the protagonists and coordinates social activities. He relies on a network of chiefs from the main families in the village to carry out his functions (Bernus, 2005). Thus, the Kountigi is in frequent interaction with several people: the

6 The baobab is a large and tall tree, providing timber and firewood, oil, nuts, fibres, fruits, etc. These different parts (roots, bark and leaves) are exploited for human health, nutrition (Garnaud, 2021), therapeutic and nutritional purposes (Garnaud, 2021). It is a tree that also serves as a shelter for certain animals, especially birds. The multiple uses of the baobab make it one of the most useful trees in Africa (Garnaud, 2021). As a result, it is generally used in Guinea to enhance the value of individuals in their networks, especially family networks.

members of the council of elders (direct collaborators) and the inhabitants of the village. This situation is conducive to getting contaminated by Covid-19. It was the case for Elhadj, who tested positive with four members of his family at the end of May 2021.

Elhadj lives in the commune of Ratoma, in N'nôma[7], an upscale residential area. A retired civil servant, he lives on his pension, the profits from his cashew tree plantation and the help provided by his children. As the oldest within his family, Elhadj is the Kountigi and presides over the village council of elders and the association of members of his village residents in Conakry. "At my age, I only deal with social issues and maintaining peace in the village. It is at my house that we organise all our meetings", he says. As a result, his many responsibilities require him to travel and interact with other people all the time, which increases his exposure to the epidemic.

During the first months of the pandemic, Elhadj organised religious weddings and baptisms – moments of conviviality and reunion including many people. He also attended the funeral of his brother-in-law, which took place in the village, and organised the funeral of his first son who died in Conakry. On the occasion of these funerals, relatives living in the village, neighbours and friends, came in large numbers to offer their condolences and express their sympathy to the family. Some of them stayed at his home for several days.



Map 2: Spatial distribution of confirmed Covid-19 cases in Guinea from 12 March, 2020 to 28 March 2021 (Source: ANSS 2021)

Funerals are an occasion for people to come together and are an expression or a display of the social weight of individuals. They give a concrete demonstration of the extent of the family's social network. In so doing, they reinforce sympathy, affection and the bonds of solidarity that exist around the deceased (Le Marcis, 2015). They are also opportunities to assess the degree of esteem that individuals have for the bereaved family (Abdou, 2013). During funerals, some people who share common interests are seen chatting in private. Others, especially the elderly, sit together in one place to discuss and make decisions collectively. This situation is very conducive to Covid-19 contamination. After these events and ceremonies, Elhadj developed a dry cough, severe headaches and lost his tasting abilities. He suffered from breathing difficulties and could not walk more than fifteen to twenty metres without stopping several times. His wife, who often spent the night by his side; his brother, who was at his bedside; but also his daughter-in-law, who looked after him with regard to food; also developed signs of Covid-19. But none of them agreed to be tested in order to find out the true nature of their illness. They have all resorted, says Elhadj, to self-medication by combining modern (tablets) and traditional (herbal teas) treatments. Self-medication is widely shared in Guinean society. On a daily basis, patients use modern

7 A Soussou term meaning 'I can'

and traditional medicine simultaneously or successively to treat their illnesses (Le Marcis et al., 2021, p. 42). Self-medication is common in Guinea, but it has become more widespread since Covid-19 health crisis. For Elhadj, Covid-19 is an unavoidable disease, which can be contracted anywhere and at any time, and which can only be prevented by divine power. He assumes that he contracted the disease and spread it within his family as a result of his participation in the above-mentioned events. He explains:

> "It is now clear to me that I was suffering from Covid-19 which I surely picked up [contracted] from the ceremonies, funerals and meetings I attended at the time. I came and contaminated my family. Covid-19 is dangerous, but it is impossible to prevent it".

Elhadj has decent living conditions in terms of housing and material and financial means that should allow him to properly apply or follow the recommended health measures. However, despite the recognition of the dangers of Covid-19 on the national territory, he continued to perform his duties, maintain his usual travels and interactions. His perception of Covid-19 as an 'unavoidable disease' and his status and role within his social space are important factors in his failure to comply with preventive measures. As the person in charge, taking the risk of prioritising health measures to the detriment of the functions he performs in the network would have a negative impact on the proper functioning of the network, as it would be viewed and interpreted incorrectly by the members. Therefore, compliance with these measures is inappropriate for Elhadj's profile. In addition, beyond perceptions and social status, the data collected showed that some people are exposed to contamination due to their living conditions.

The districts on the outskirts and the difficulty in preventing Covid-19

For the past twenty years, several neighbourhoods in Conakry have been subject to strong socio-demographic pressures (Kébé-Gangneux, 2016) which have led to an uncontrolled expansion of the city. Individuals built in certain areas without a real regulatory plan (Somparé, 2020) and without an adequate management of the space (Kouadio Oura, 2012). This situation is very favourable to viral circulation, as it is in Tâfori, a densely populated district on the outskirts of Conakry. The alleys are quite lively: the doors and windows of the houses open onto the street and, in front of them, people sit, chat, eat, and sell fritters without any sanitary measures being applied. Tâfori, which means 'old village' or 'old town' is poorly planned in terms of urbanism, and access is very difficult by vehicle. It lacks sewers, so when it rains heavily, all the streets and most of the houses are flooded. Piled-up rubbish is often seen at crossroads, slowly burning or waiting for a hypothetical collection.

Housing is dominated by old houses without fences, built in banco, a mixture of coarse soil and water, with two to four rooms, a small terrace, blackened walls with faded paint, rusty roofs usually held together by pieces of wood, stones and used tyres. In each of the courtyards in the neighbourhood, the toilets are shared. The rooms are communally shared, housing three to four people who are generally members of an extended family, which, in addition to husbands, wives and children, includes grandchildren, nephews, nieces, brothers, sisters, cousins, uncles, aunts, etc. Sharing rooms is very common in large Guinean cities (Barry, 2006), and is explained by a certain level of humanism and solidarity (Janin, 2003), but also by the absence of affordable social housing and strong regulatory mechanisms to control rent. Tâfori has no drinking water system and no health facilities. Its inhabitants travel to consult a health worker in a neighbouring district and obtain water from other districts or from people who have a well in their yard. The latter are invaded by a procession of water carriers at any time of the day. The search for water is therefore the occasion for large gatherings of individuals from different families who 'mix' and 'rub'[8] with each other. In this context, there is an extreme level of promiscuity that exposes citizens to risk. Soumah, a retired teacher and husband of three women, is no exception to this situation. About twenty people make up his extended family. Among them, fifteen individuals have tested positive for Covid-19. He has a water pump at home. This is connected to the well of a (rich) neighbour who always closes the gate to his yard. Thus, the other neighbours (women

8 In Guinea, the verbs "to mix" and "to rub" are used to describe frequent and close interactions (for example, between two inseparable friends).

and children), equipped with jerry cans and buckets, come to draw water from his house all day long. Some, waiting for their turn, sit on the terrace. Others remain standing and talk to each other. None of them wears a protective mask. The lack of basic social services is of much greater concern to the inhabitants of Tâfori than the prevention of possible contamination to Covid-19. Soumah wonders:

> "What can we do to protect ourselves against this disease (Covid-19) when we live in a precarious neighbourhood where there is a total lack of infrastructure and social support, and where promiscuity and social interaction are important?"

Despite its high population density, Tâfori has no public spaces or equipped playgrounds. Such realities concern the vast majority of Conakry's neighbourhoods: they are attributable to anarchic urbanisation and uncontrolled land use, preventing any urban renewal initiatives, especially in the slums (Diop, 2015). In Tâfori, the inhabitants spend their entire day crammed in the living room or on the terrace, without the slightest respect for preventive measures, including physical distancing. Most of the rooms are poorly ventilated, a situation that favours viral contamination. In addition to the lack of infrastructure, it should be noted that the vast majority of the inhabitants are financially deprived and live from day to day, which, moreover, has an impact on obtaining or using hygiene kits. Their daily life is marked by very dense interactions; in fact, the restrictive measures, especially the limitation of movements and visits to neighbours or relatives are unbearable for them. Without such interactions, some will find themselves in distressing situations. In addition to living in the periphery, staying at home also contributes to exposure to contamination.

Sharing a home: a factor of exposure to the risk of Covid-19 contamination

Bangoura is a neighbourhood chief. He is commonly called Mènguè (chief). He and ten other members of his family tested positive for Covid-19 in June 2021. They live in a small old house, which consists of four rooms with three to four people in each. They are occupied by Bangoura's grandchildren, children and three wives (he does not have a fixed room, he alternates between the rooms of his wives every three days). The house also has a living room with plastic chairs and a flat-screen TV connected to the Canal+ TV package, in front of which the family gather in the evening to watch the news or a film. It also has a terrace that serves as a place to receive visitors, a place to meet and talk, a place to sell sandwiches, a kitchen and a dining room. There is a notable absence of hygiene kits, as well as intense promiscuity and interaction between family members, but also between them and the inhabitants of the neighbourhood. When the latter pass in front of the home, some stop to exchange a few words with the family. Others, who are more intimate, try to tease Mènguè and come forward to shake his hand.

Mènguè calls himself a *jatigi* (host) and *yama higi* (hope for all the inhabitants of the neighbourhood), and considers his home to be a 'common house', a meeting place that is not just for the family (Houssay-Holzschuch, 1998). The inhabitants of the neighbourhood come here to spend several hours watching television, sharing meals or talking with Bangoura's family. His older children, who do not live in the house but consider it a 'basic unit of belonging' (Dessertine, 2021, p. 21), come to spend long periods of time there for various reasons: to check on their parents and younger brothers, to share meals with the family from the same plate. This time is an opportunity for closeness and exchange between family members; it is also a time for reminding them of the tasks to be carried out and for discussing issues of concern to the family (Brunet et al., 2013). Finally, it is a space for communicating behavioural patterns that express the values of the family network (Barou & Verhoeven, 1997), such as mutual understanding and respect between children. Moreover, suffering from prostate problems, Mènguè does not accept to be away from home for long. He organises meetings of the neighbourhood council there and receives residents for administrative matters and for resolving conflict situations. In Guinea, the neighbourhood chiefs (Mènguè) function as a first level of justice and peace; armed with regulations, they arbitrate disputes and mediate between the protagonists (Wisler et al., 2018). They also participate in the management of administrative and health affairs (Kébé-Gangneux, 2016) in their locality.

One morning, while I went to his home, Mènguè was absent. His daughter, sitting on the terrace with a friend (a neighbour), informs me that he has gone, as usual, to the bar-café next door and invites me to sit down. An old woman and two young men are sitting waiting for Mènguè to return from an administrative consultation; five other young boys (neighbours and sons of Mènguè) are sitting and chatting amongst themselves, waiting for the girls to come out of the living room to watch a football match. On the low wall of the terrace sits Mènguè's grandson, with three other little boys. He is playing with his grandmother's (Mènguè's first wife) telephone. She is sitting on a chair on the other side of the terrace, In front of her, a table is laid out with goods for sale: a bag of rice containing bread and two pots, one filled with beans and the other with stew, which local people come to buy for breakfast. Five customers queued up to be served. Like her, none of them wears a protective mask, uses hydro-alcohol solution, or respects physical distance. Dressed in shorts and a T-shirt, Mènguè and her secretary come to meet us on the terrace. Mènguè asks her granddaughter to bring two chairs for them. They sit next to each other. His grandson[9] - his homonym always close to him – comes and sits on his lap. Then they start to talk with the old woman and the two young people who were waiting for mènguè. Again, no one wears a protective mask or respects the physical distance. While they are talking, a young woman comes without a protective mask to ask for a residence certificate[10] ; Mènguè signs it before handing it to the young woman. It starts to rain later, and Mèngue invited all his guests to join the living room, despite its limited size. Some stand. Others sit on chairs in the room. At this point, there are about fifteen of us gathered together, none of us wearing masks: maintaining any physical distance is simply impossible.

> "I am informed about the realities of Covid-19 through the media and the people I meet. But, I am yama higi. Everyone comes to me to solve their problems; it is very difficult for me to stop this. As a local leader, the further away you are from the people, the more you are hated ".

The prevalence of Covid-19 has not changed anything for Mènguè. Yet he is informed about the pandemic. The management of Covid-19 is a minor concern for him compared to his local status. Here clearly appears the difficulty of making local officials strong and necessary actors in the prevention of epidemics without questioning the very nature of the epidemic. Preventing contamination for Mènguè induces that he would no longer assume his social role. While local officials have, in some places, demonstrated great effectiveness during previous epidemics, notably with Ebola (Mbaye et al., 2017), the reproduction of the same mechanisms without taking into account the nature of the Covid-19 virus appears questionable. Furthermore, the spread of the virus within Mènguè's family can be explained by the impossible respect of barrier measures and the material conditions of habitat, subsistence, his wife's (commercial) activities, visits and close interactions within the household, but also by responsibilities and social status.

Conclusion

Since the beginning of the Covid-19 pandemic in Guinea, the authorities have taken measures to prevent the spread of the virus. However, the socio-political context in which the disease has spread and the tough living conditions of the population of Conakry have undermined the application of these latter. Barriers measures clashes with values and practices that are well established in Guinean society, including ordinary interactions and the fulfilment of social obligations. Compliance with restrictive measures therefore implies a risk-taking for individuals who are not prepared to accept those. It is impossible for them not to maintain their social relations, while the daily life of the vast majority of individuals is marked by solidarity and reciprocity, without which people would find themselves in a difficult situation. The maintenance of these networks is therefore regarded of higher importance to the detriment of the prevention of the epidemic, which is perceived as an object of political manoeuvring. The transposition of international recommendations on epidemic management

9 In Guinean society, the ties or relationships between grandparents and grandchildren are characterised by daily interactions that involve closeness, affection, as well as joking, teasing and mock fights (Dessertine, 2021, p. 74–75). The ties between Mènguè and his grandchildren, especially his homonym, are no exception to this rule.

10 The certificate of residence is issued by the head of the district.

cannot ignore local contexts. Contradicting the initial view of the Covid-19 epidemic in Guinea, which perceived this disease as the pathology of the rich and the elite, the contamination is now generalised within the population of Conakry, regardless of social status and activity. The spread of the infection does not, however, invalidate the interest of a reflection linking social networks and Covid-19. Today, Guinean society must deal with the after-effects of Covid-19 (Brown et al., 2022) or long COVID (Leperre et al., 2020). This is reflected in new, temporary or permanent symptoms (Thallapureddy [11]et al., 2022) , which individuals will have to manage in part by relying on their networks. It is therefore important in this context to understand what cognitive and material capacities will be available to them to manage unknown after-effects.

Acknowledgements

I would like to thank Professor Frédéric Le Marcis and Dr Sidy Cissokho for reading previous versions of this paper, as well as the reviewers, the translators and the Editorial Committee.

Bibliography

Abdou, M. (2013). The ritual of the corpse's dancing and the transferring of geniuses of the late met with the Baatombù from the north of Benin. *Journal des africanistes*, (83-2), pp. 142-162. https://doi.org/10.4000/africanistes.3429

Attas, F., Curtis, M. Y., Koniono, N. L., & Le Marcis, F. (2021). Covid-19 en Guinée. Impact de l'hétérogénéité des soins sur la perception de la prise en charge. *Note de politique ARIACOV*, *8*.

Attas, F., Keïta-Diop, M., Curtis, M. Y., & Le Marcis, F. (2022). Discours radiophoniques, cartographies épidémiques et représentations locales de la Covid-19 en Guinée. *L'Espace Politique. Revue en ligne de géographie politique et de géopolitique*, *2*(44). https://doi.org/10.4000/espacepolitique.10007.

Barou, J., & Verhoeven, M. (1997). Alimentation et rôles familiaux : La cuisine familiale des immigrés africains. *Ethnologie française*, *27*(1), 96-102. http://www.jstor.org/stable/40989832.

Barry, A. A. B. (2006). Étude situationnelle sur la famille en Guinée. *Les sciences sociales contemporaines/les classiques des sciences sociales.* http://dx.doi.org/.doi:10.1522/030075733.

Bernus, E. (2005). Kobané ou le temps arrêté. *Autrepart*, *2*(34), 151-172. 10.3917/autr.034.151.

Bidart, C., Degenne, A., & Grossetti, M. (2011). *La vie en réseau. Dynamique des relations sociales*. Le Lien social. 10.3917/puf.bidar.2011.01.

Brown, K., Yahyouche, A., Haroon, S., Camaradou, J., & Turner, G. (2022). Long COVID and self-management. *Lancet (London, England)*, *399*(10322), 355.

Brunet, F., Kertudo, P., & Ramos, E. (2013). Adapter la ville aux modes de vie des familles contemporaines : enquête sur les moments familiaux partagés à Paris. *Recherche sociale*, *1*(205), 6-101. https://doi.org/10.3917/recsoc.205.0006.

Casciarri, B. (2020). Fin ou nouvel élan d'un processus révolutionnaire au Soudan ?. In M. Selim (Eds.), *Anthropologie d'une pandémie,* Paris, L'Harmattan, pp. 95–117.

CDC. (2020). Covid-19 and your health. *Centers for Disease Control and Prevention*. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects.html.

Cissé, I. (2020). Quand la Covid-19 donne à la Guinée l'opportunité de faire un véritable virage numérique. Dans S. K. Diakité (dirs.)*, Covid-19. Témoignages de Guinée,* pp. 107–115, Conakry, L'Harmattan.

Desclaux, A., & Barranca, E. (2020). Des "vrais" et "faux" survivants d'Ebola ? Traces biologiques et conflits de preuves en Guinée 1. *Ethnologie française*, *178*(2), 361-376. DOI : 10.3917/ethn.202.0361.

Dessertine, A. (2021). *A quoi tient le village. Espaces et mobilités en pays malinké (Guinée)*. Société d'ethnologie.

Diakité, A. S. (2016). Ebola in Guinea: a revealer of strengths and weaknesses. *Alternatives Humanitaires*, (1), pp. 56-65. http://alternatives-humanitaires.org/en/2016/01/13/ebola-en-guinee-un-revelateur-des-forceset-faiblesses.

Diallo, S. (2021). *Politiques de santé en Guinée : de la colonisation au début du XXIe siècle*. L'Harmattan.

Diop, M. (2015). La violence ethnique de l'État postcolonial : Le cas de la Guinée. *Tumultes*, *1*(44), 103-115. https://doi.org/10.3917/tumu.044.0103.

11 Patients report experiencing various combinations of the following symptoms: exhaustion, headaches, post-exercise discomfort, difficulty breathing, thinking or concentrating, chest or stomach pain, heart palpitations, joint or muscle pain, sleep disturbances, dizziness while standing, changes in mood, smell and taste, etc. (CDC 2020).

Diouf, W., Faye, S. L. B., & Muyisa, B. S. (2022). Covid-19 and the crisis of humanitarian interventionism: governing public health emergencies in Africa differently. *International Review of Economic and Social Sciences*, (2), p. 23.

Dubreuil, L. (2005). De la vie dans la vie: sur une étrange opposition entre zôê et bios. *Labyrinthe*, *3*(22), 47-52. 10.4000/labyrinthe.1033.

Dumont, G.-F. (2020). Covid-19: The end of the geography of hypermobility?. *Les Analyses de Population & Avenir*, *11*(29), 1-13. https://doi.org/10.3917/lap.029.0001.

Fassin, D. (2006). La biopolitique n'est pas une politique de la vie. *Sociologie et sociétés*, *38*(2), 35-48. https://doi.org/10.7202/016371ar.

Faye, O., Boëlle, P. Y., Heleze, E., Faye, O., Loucoubar, C., Magassouba, N. F., & Cauchemez, S. (2015). Chains of transmission and control of Ebola virus disease in Conakry, Guinea, in 2014: an observational study. *The Lancet Infectious Diseases*, *15*(3), 320-326.

Galmiche, S., Charmet, T., Schaeffer, L., Grant, R., Fontanet, A., Paireau, J., & Levy-Bruhl, D. (2021). *Etude des facteurs sociodémographiques, comportements et pratiques associés à l'infection par le SARS-CoV-2 (ComCor)* (Doctoral dissertation, Institut Pasteur; Caisse Nationale d'Assurance Maladie; IPSOS; Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (IPLESP); Santé Publique France).

Garnaud, S. (2021). Le baobab en Afrique, plus qu'un symbole, une ressource : l'arbre aux mille usages. *Futura Planète*, Dossiers, Baobab : l'arbre pharmacien, l'arbre de vie. https://www.futura-sciences.com/planete/dossiers/botanique-baobab-arbre-pharmacien-arbre-vie-666/page/6/.

Gasquet-Blanchard, C. (2017). The 2013-2016 Ebola epidemic in West Africa: critical analysis of a crisis primarily social. *Sante Publique*, *29*(4), 453-464. https://doi.org/10.3917/spub.174.0453.

Gomez-Temesio, V., & Le Marcis, F. (2017). Encamping Guinea: Ebola and the Postcolonial Experience. *L'Homme—Revue française d'anthropologie*, *2*(222) 57-90. https://doi.org/10.4000/lhomme.30147.

Goulard, S. (2019). Les défis que lance la crise de la COVID-19 à New Delhi. *Outre-Terre*, *2*(57), 229-237. https://doi.org/10.3917/oute2.057.0229.

Houssay-Holzschuch, M. (1998). Sociabilité, solidarité : culture, identité et vie urbaine dans les quartiers noirs du Cap (Afrique du Sud). *Cybergeo: European Journal of Geography,* documents 95. https://doi.org/10.4000/cybergeo.4894.

Jacquemin, M. (2000). "Petites nièces" et petites bonnes : le travail des fillettes en milieu urbain de Côte-d'Ivoire. *Journal des africanistes*, *70*(1), 105-122.

Janin, P. (2003). Vivre ensemble ou la douleur d'être "en grande famille". *Politique africaine*, (91), pp. 33-50.

Kamano, T. A. (2020). Essai sur la maladie à coronavirus en Guinée : constats, analyse et perspectives. In S. K. Diakité (Eds.), *Covid-19. Témoignages de Guinée,* Conakry, pp. 91-97. L'Harmattan.

Kébé-Gangneux, J. (2016). Quand les citadins font et défont la ville à Conakry : le droit à l'espace. *Environnement Urbain/Urban Environment*, *10*.

Kiyindou, A. (2011). Réseaux socionumériques et solidarité. *Hermès*, *1*(59), 117-122. https://doi.org/10.3917/herm.059.0117.

Kouadio Oura, R. (2012). Extension urbaine et protection naturelle. La difficile expérience d'Abidjan. *VertigO*, *12*(2). https://doi.org/10.4000/vertigo.12966.

Leach, M., MacGregor, H., Akello, G., Babawo, L., Baluku, M., Desclaux, A., & Sow, K. (2022). Vaccine anxieties, vaccine preparedness: perspectives from Africa in a Covid-19 era. *Social science & medicine*, *298*, 114826.

Le Marcis, F. (2015)."Treating bodies like faggots": Social production of indifference in an Ebola context (Guinea). *Anthropology & Health*, 11. 10.4000/anthropologiesante.org/1907.

Le Marcis, F., & Marí-Sáez, A. (Eds.) (2021). *Final report: Study of the resurgence of the Ebola virus disease in the Nzérékoré region: Ebola 2021: the resurgence and the communities*. Cerfig, RKI, IRD. 10.13140/RG.2.2.14143.84641

Lemey, P., Hong, S. L., Hill, V., Baele, G., Poletto, C., Colizza, V., & Suchard, M. A. (2020). Accommodating individual travel history and unsampled diversity in Bayesian phylogeographic inference of SARS-CoV-2. *Nature communications*, *11*(1), 5110.

Leperre, A., Béal, C., & Krolak-Salmon, P. (2021). The Covid pandemic in long-term care. *Till death do us part*, *1*(144), 69-80. doi.org/10.3917/jalmalv.144.0069.

Mbaye, E. M., Kone, S., Kâ, O., & Mboup, S. (2017). Evolution of community involvement in the Ebola response. *Public Health*, *4*(29), 487-496. DOI: 10.3917/spub.174.0487.

Marie, A., & Vuarin, R. (Eds.) (1997). *L'Afrique des individus: itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey)*. Karthala, Collection Hommes et sociétés. https://www.cairn.info/l-afrique-des-individus--9782865377589.htm.

Mercklé, P. (2016). *La sociologie des réseaux sociaux*. La Découverte. https://www.cairn.info/la-sociologie-des-reseaux-sociaux--9782707188885.htm.

Misturelli, F. (2020). Des élèves confinés à Trieste en Italie. In M. Selim (Eds.), *Anthropologie d'une pandémie, L'Harmattan*, pp. 245-258.

MVAT/DATU & UN-HABITAT. (2020). Covid-19 : la Guinée ébranlée, mais pas vaincue. *Special Issue on Covid-19 in Guinea,* No. 003, September.

Offner, D., Merigo, E., Tardivo, D., Gros, C. I., Lupi, L., & Musset, A. M. (2020). Oral care and the Coronavirus COVID-19 epidemic. *Sante Publique*, *32*(2), 247-251. https://doi.org/10.3917/spub.202.0247.

Somparé, A. W. (2017). Health policy and practice in Guinea tested by the Ebola epidemic: the case of the city of Conakry. *Lien social et politiques*, (78), pp. 193-210. https://doi.org/10.7202/1039345ar.

Somparé, A.W. (2020). *L'énigme d'Ebola en Guinée : une étude socioanthropologique des réticences*. L'Harmattan.

Sylla, G. (2020). What Covid-19 does to social relations: from an experiment to the revelation of the social stakes of the pandemic. In S. K. Diakaté (Eds.), *Covid-19. Témoignages de Guinée*. L'Harmattan, pp. 33-44.

Thallapureddy, K., Thallapureddy, K., Zerda, E., Suresh, N., Kamat, D., Rajasekaran, K., & Moreira, A. (2022). Long-term complications of COVID-19 infection in adolescents and children. *Current Pediatrics Reports*, *10*(1), 11-17. https://doi.org/10.1007/s40124-021-00260-x.

Thys, S., & Boelaert, M. (2017). The origin of Ebola: Biomedical approach versus popular interpretations in Macenta, Guinea. *Sante Publique*, *29*(4), 497-507. DOI: 10.3917/spub.174.0497.

Vidal, D. (2013). "Petites bonnes" d'Abidjan. Sociologie des filles en service domestique. Dans, M. Jacquemin. L'Harmattan, Paris (2012). 216 p. *Sociologie du travail*, *55*(4), 539-541.

WHO. (2021). Chronology of WHO's response to Covid-19. https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline

WHO. (2014). It all started in Guinea: the epidemic continued to simmer – undetected – for more than three months. https://www.who.int/csr/disease/ebola/ebola-6-months/guinea/fr/

Wisler, D., Koropogui, S. T., Sib, H. H., & Coya, R. A. (2018). Four provincial towns in Guinea: from security to access to justice. *Salam Business Global*. http://www.coginta.org.



@Elise Fitte-Duval, « Série Dés-augmentation », réalisée dans le quartier Ouakam de Dakar, 2021.

La pandémie : un moment de vérité pour le monde

Didier Fassin
Professeur au Collège de France, chaire *Questions morales et enjeux politiques dans les sociétés contemporaines*
Professeur à l'Institute for Advanced Study de Princeton
didier.fassin@college-de-france.fr

How to cite this paper:
Fassin D., (2022). La pandémie : un moment de vérité pour le monde. *Global Africa, (2)*, pp. 263-266.
https://doi.org/10.57832/sqpy-np94

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

La pandémie de Covid-19 n'a pas seulement été un phénomène épidémiologique d'ampleur considérable à travers la planète. Elle n'a pas été uniquement un fait social global marqué par des suspensions temporaires d'activités humaines et de libertés fondamentales. Elle a aussi été un moment de vérité pour le monde (Fassin, 2021). Ce moment de vérité s'est manifesté d'au moins deux façons, qui prennent un sens particulier pour le continent africain.

Premièrement, il y a eu la focalisation de toute l'attention médiatique et même, plus largement, de toute l'attention mentale du public sur un seul phénomène : l'expansion de la maladie, avec la comptabilité de ses nouveaux cas, de ses patients hospitalisés en soins intensifs, et de ses décès, ou du moins d'une partie d'entre eux, puisque que les personnes âgées en institution ont initialement été oubliées et leurs morts occultées. La société vivait au rythme des chiffres, des graphiques, des projections, qui ne servaient pas seulement à décrire l'évolution du fléau, mais aussi à prescrire les réponses, comme si la science pouvait déterminer la politique, alors même que les prédictions statistiques variaient manifestement d'un institut de recherche à un autre : en fait, c'était souvent la politique qui choisissait la science qui lui convenait. Le public s'étonnait du ton martial de certains chefs d'État, s'inquiétait des annonces gouvernementales, s'indignait des restrictions à son droit de circuler, s'enthousiasmait du dévouement des professionnels de santé. Les médias multipliaient les reportages dans les services de réanimation des hôpitaux, les journalistes racontaient des drames familiaux les larmes aux yeux,

les gens confiaient à la radio, à la télévision ou sur les réseaux sociaux leur expérience du confinement. Il n'était guère question que de soi, un soi national ou un soi individuel. La pandémie avait absorbé presque entièrement l'économie de l'attention.

Ce phénomène n'était toutefois pas uniforme. Il était à la fois exclusif et sélectif. Il était exclusif, au sens où il reléguait au second plan tous les autres problèmes du monde. Des bombardements massifs par les avions russes des villes opposées au régime de Bachar el-Assad, des conséquences tragiques de la guerre menée par l'Arabie saoudite au Yémen, de la progression des talibans en Afghanistan à mesure du retrait des troupes états-uniennes, de la détresse des Rohingyas au Bangladesh, de l'insécurité chronique en Haïti, de la famine au Sud-Soudan, des exilés africains se noyant dans la Méditerranée, il n'était plus question. Du continent africain, on ne voulait plus rien savoir du paludisme ou de la tuberculose. Mais l'attraction exercée par la pandémie était aussi sélective, au sens où l'intérêt des médias et la fascination du public concernaient avant tout les pays occidentaux, ainsi que quelques grandes nations au premier rang desquelles la Chine avec sa politique draconienne de confinement radical de régions entières. On n'entendait guère parler de l'Afrique dans les organes de presse internationaux, sauf pour, dans un premier temps, prédire une catastrophe au regard de l'impéritie des autorités et de l'indiscipline de la population, puis, dans un second temps, chercher les explications de la non-survenue du désastre annoncé. Entre ignorance et méconnaissance, le fléau, dont on ne savait guère s'il avait épargné le continent ou si sa gravité avait été sous-estimée, s'inscrivait dans la longue histoire des représentations de la santé publique en Afrique.

Deuxièmement, il y a eu la justification de la réponse à la pandémie qui n'a probablement pas de précédent à l'échelle de la planète : interrompre les activités économiques, interdire les rassemblements et les déplacements, et priver les citoyens de leurs droits élémentaires, y compris celui de visiter leurs malades et d'honorer leurs morts, tout ce bouleversement de la société n'avait qu'une raison d'être : protéger les populations et sauver des vies. Si c'est bien sûr la mission qu'on attend de la santé publique, c'était probablement la première fois qu'elle se trouvait prévaloir sur toutes les autres réalités. Dans un monde où le capitalisme et le néolibéralisme étaient triomphants, on arrêtait pourtant la machine productive et on valorisait même les biens publics. Du moins le faisait-on grâce à de massifs apports financiers pour soutenir les entreprises en difficulté et limiter les conséquences sur l'emploi dans les pays disposant des moyens de le faire, même dans ceux qui, tels les États-Unis, avaient jusqu'alors défendu les lois du marché et dénoncé les interventions de l'État. La vie était devenue une valeur suprême, celle pour laquelle on était prêt à sacrifier aussi bien les principes de la liberté économique que ceux du libéralisme politique. La pandémie marquait l'avènement de la biolégitimité, c'est-à-dire de la reconnaissance de la vie comme bien le plus précieux. On mesure la révolution morale qui était à l'œuvre quand on pense à la manière dont, il n'y a pas si longtemps, dans les deux guerres mondiales, on envoyait des millions de soldats au combat et on n'hésitait pas à exposer au danger les civils de son propre pays. Encore s'agissait-il désormais de protéger les siens en fermant les yeux sur les morts provoquées chez l'ennemi en Afghanistan comme en Irak. Cependant, même face à la pandémie, l'avènement de la biolégitimité avait ses limites.

La révolution morale qui faisait de la vie un bien suprême justifiant les mesures les plus radicales avait en effet deux sérieux revers. Premier revers : elle était marquée par de profondes disparités. S'il est un fait que la pandémie a révélé pour une grande partie de la population, ce sont les inégalités devant la maladie, la médecine et la mort. Certes, elles lui préexistaient : en France, les 5 % les plus modestes vivaient en moyenne 13 ans de moins que les 5 % les plus riches, et aux États-Unis, entre les hommes noirs ayant interrompu leur scolarité et les hommes blancs ayant un diplôme universitaire, l'écart d'espérance de vie à la naissance était de 15 ans. Personne ne semblait pourtant s'intéresser à ce qui aurait dû conduire à des réponses politiques majeures. Mais en raison de l'attention dont a bénéficié la pandémie, l'évidence des inégalités est devenue éclatante. En France, la mortalité dans les villes pauvres était jusqu'à trois fois supérieure à la moyenne nationale, et aux États-Unis, le taux de décès des personnes noires ou amérindiennes était le triple de celui des personnes blanches. Autrement dit, ces inégalités ont une double composante : socio-économique et ethnoraciale. Comme une série d'enquêtes le montraient, ces disparités s'exprimaient dans la prévalence des facteurs de risque, dans le recours à la médecine, dans la qualité des soins, et *in fine*, dans la probabilité de mourir. Second revers : la solidarité internationale a très souvent été prise en défaut. Les frontières se sont fermées,

les aides se sont raréfiées, les rivalités se sont intensifiées. Le gouvernement états-unien a annoncé qu'il se donnerait à lui-même la priorité dans la distribution des vaccins puisque sa contribution à la recherche avait été la plus importante. Les États de ce pays se sont livré une concurrence farouche dans l'accès aux ventilateurs pour leurs services de réanimation. On pourrait multiplier les exemples de ce défaut de solidarité. L'Union européenne a cependant fait exception dans la mesure où des transferts de malades en situation critique ont pu se faire entre les pays et les commandes de vaccins ont été groupées avec une redistribution en fonction de la démographie de chacun. Mais c'est l'Afrique qui a été la principale victime de ces égoïsmes nationaux. En septembre 2001, un an et demi après le début de la pandémie et neuf mois après le début des immunisations, le continent n'avait reçu que 2 % des 6 milliards de doses distribuées dans le monde, alors qu'il compte 18 % de la population mondiale.

Deux faits majeurs, donc : la concentration de l'attention autour de la pandémie, mais sur un mode exclusif et sélectif ; la reconnaissance de la valeur supérieure de la vie humaine, mais avec de profondes inégalités et de graves déficits de solidarité. Ces deux faits ont particulièrement touché l'Afrique. Pourtant, le continent a semblé moins affecté qu'on aurait pu l'imaginer. Il existe certes une sous-déclaration des décès et plus encore des infections, laquelle varie cependant beaucoup selon les pays. Un modèle mathématique réalisé par une équipe du bureau africain de l'Organisation mondiale de la santé établit qu'en 2020 et 2021, le nombre de cas dans 47 pays du continent aurait été de 505 millions, dont seulement 1,4 % avait effectivement été notifié, avec un nombre de décès s'élevant à 440 000, dont 35,3 % notifiés (Cabore et al., 2002). Le taux de létalité serait, selon cette étude, de 0,87 ‰. Par comparaison, selon les données de l'université Johns Hopkins, ce taux est de 11 ‰ aux États-Unis, soit près de 13 fois plus. On a parfois critiqué ces chiffres en les considérant eux aussi sous-estimés. En utilisant une méthode plus directe, qui consiste à calculer l'excès de mortalité par rapport à la mortalité attendue au regard des années précédentes, excès qu'on attribue à la pandémie, une autre équipe met en évidence sur 117 pays une surmortalité de 101 pour 100 000 en Afrique subsaharienne, soit significativement moins que les 140 de l'Europe de l'Ouest, les 167 de l'Amérique du Nord et les 345 de l'Europe de l'Est, pour se limiter à ces trois régions du monde très contrastées (Covid-19 Excess Mortality Collaborators, 2022). Mais, fait remarquable, il existe une très grande disparité au niveau du continent, avec des extrêmes de 53 pour 100 000 en Afrique de l'Ouest contre 308 en Afrique australe, soit près de 6 fois plus. En somme, le continent, dans son ensemble, semble bien être moins affecté que tous les autres, à l'exception de l'Océanie, mais on ne peut généraliser le constat à tous les pays, et il faut certainement se montrer beaucoup plus spécifique dans les commentaires qu'on peut faire sur la situation épidémiologique, pays par pays, ou tout au moins sous-région par sous-région. Pour rendre compte du choc épidémiologique relativement moindre en Afrique – à l'exception, il faut y insister, de sa partie australe – et ce, alors même que les mesures de prévention paraissaient plus difficiles à mettre en œuvre, que le système de santé était moins adapté aux nécessités de la réanimation et que les vaccins n'étaient pratiquement pas disponibles, on a beaucoup, et certainement à juste titre, insisté sur la jeunesse de la population du continent : la létalité de l'infection est en effet chez les 18-29 ans 60 fois plus faible que chez les 65-74 ans et 140 fois plus faible que chez les 75-84 ans.

D'autres éléments ont pu jouer, mais il faut bien reconnaître que subsiste une part significative d'incertitude. Mais, à l'inverse, on ne peut sous-estimer les conséquences négatives de l'application de mesures contraignantes trop vite adoptées par reproduction des recettes utilisées dans les nations industrialisées. Cependant, alors que dans ces derniers, les conséquences du confinement et de l'inactivité pouvaient être partiellement compensées par des interventions financières de l'État au prix d'une aggravation de la dette publique, une telle réponse était impossible dans des pays déjà lourdement endettés pour lesquels les organismes internationaux et les pays riches se montraient peu enclins à des allégements de dettes. Pour les populations, la pandémie est alors devenue une double peine : d'un côté, le risque de la maladie sans les ressources sanitaires nécessaires, et de l'autre, la perte de revenus par impossibilité d'exercice des petits métiers. Dans certains cas, les protestations sont venues révéler les formes de survie auxquels beaucoup se trouvaient réduits.

Rendre compte de ce qui s'est joué et se joue encore en Afrique autour de la pandémie de Covid-19, c'est ce à quoi se sont attelés les autrices et les auteurs de ce numéro de *Global Africa* à travers des articles scientifiques, des entretiens avec des personnalités éminentes, et même des performances artistiques. S'il n'était nullement question pour eux d'être exhaustifs, leurs contributions à ce dossier,

qui nous transportent de Côte d'ivoire au Burkina Faso, de la république de Guinée à la République démocratique du Congo, et du Sénégal en Tunisie, nous éclairent sur le rôle du climat dans la pandémie et le regard des commerçants sur les marchés, les aléas de la prévention et les échecs de la gouvernance, les itérations historiques de l'hygiénisme et le futur inquiétant de l'anthropocène. L'introduction fournit un cadre théorique remarquable à l'ensemble. Un puzzle se dessine ainsi, qui rendra ce dossier incontournable pour qui s'attache à comprendre les multiples dimensions de la pandémie de Covid-19 sur le sol africain.

Bibliographie

Cabore, J. W. *et al.*, 2022, Covid-19 in the 47 countries of the WHO African region: a modelling analysis of past trends and future patterns, *The Lancet Global Health*, pp. 1099-114. 10.1016/S2214-109X(22)00233-9.

Covid-19 Excess Mortality Collaborators, 2022, Estimating excess mortality due to the Covid-19 pandemic: a systematic analysis of Covid-19-related mortality, 2020-21, *The Lancet*, 399, pp. 1513-1536. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3.

Fassin, D., 2021, *Les mondes de la santé publique. Excursions anthropologiques*. Cours au Collège de France 2020-2021, Paris, Seuil.

The Pandemic: a Moment of Truth for the World

Didier Fassin
Professor at the Collège de France, Chair of *Moral Questions and Political Issues in Contemporary Societies*
Professor at the Institute for Advanced Study in Princeton
didier.fassin@college-de-france.fr

How to cite this paper:
Fassin D., (2022).The Pandemic: a Moment of Truth for the World. *Global Africa, (2)*, pp. 267-269.
https://doi.org/10.57832/fdfn-yh57

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

The Covid-19 pandemic was not only an epidemiological phenomenon of considerable magnitude across the planet. Neither was it just a global social event marked by temporary suspensions of human activities and fundamental freedoms. It was also a moment of truth for the world (Fassin, 2021). This moment of truth has at least manifested itself in two ways, both of which have a particular meaning for the African continent.

First, there was the media devotion to and even, more broadly, the focus of all public mental attention on a single phenomenon: from the expansion of the disease, the counting of new cases, in-patients in intensive care, to fatalities (or at least part of them, since the elderly in institutions were initially forgotten and their deaths ignored). Society was living at the rhythm of figures, graphs, projections, which were not only used to describe the evolution of the scourge, but also to prescribe responses, as if science alone could determine policy, even though statistical predictions obviously varied from one research institute to another: in fact, it was often politics that selected the science that was appropriate to it. The public was surprised by the martial tone of some heads of state, worried about government announcements, outraged by restrictions on their right to travel, and enthusiastic about the dedication of health professionals. The media increased the number of reports from hospital intensive care units, journalists were narrating family tragedies with tears in their eyes, people were recounting experiences of the lockdown on the radio, television and social networks. It was all about the self, a national self or an individual self. The pandemic had almost completely absorbed the attention economy.

However, this was not a uniform phenomenon. It was both exclusive and selective. It was exclusive in the sense that it relegated all the other problems of the world to a secondary position. The massive bombing by Russian planes of cities against the regime of Bashar al-Assad, the tragic consequences of the war led by Saudi Arabia in Yemen, the progression of the talibans in Afghanistan as US troops withdraw, the plight of the Rohingyas in Bangladesh, the chronic insecurity in Haiti, the famine in South Sudan, the African exiles drowning in the Mediterranean sea, all these were no longer an issue. From the African continent, one no longer wanted to know anything about malaria or tuberculosis. But the attraction exerted by the pandemic was also selective, in the sense that the interest of the media and the fascination of the public was above all directed towards Western countries, as well as a few great nations, first among them China with its draconian policy of strict lockdown of entire regions – ironically adopted by the global community. One could hardly hear about Africa

in the Western press, except first to predict a catastrophe with regard to the incompetence of the authorities and the indiscipline of the population, and then, in a second phase, to seek the explanations for the non-occurrence of the predicted disaster. Between ignorance and misunderstanding, the scourge, which one hardly knew if it had spared the continent or if its seriousness had been underestimated, was part of the long history of public health representations of Africa.

Secondly, there was the justification for the response to the pandemic, which is probably unprecedented on a global scale: interrupting economic activities, banning gatherings and travels, and depriving citizens of their basic rights, including the right to visit their sick and honour their dead. All this disruption of society had only one purpose: to protect people and save lives. If this is indeed the mission of public health, it was probably the first time that it took effect globally over all other realities. In a world where capitalism and neo-liberalism were triumphant, the human-based productive machine was nevertheless stopped and even public goods were valorised again. At least, this was done thanks to massive publicly-funded financial contribution to companies in difficulty and to limit the consequences of employment in those countries that had the capacity to do so (this happened even in countries such as the United States, which had until then defended the laws of the market and denounced state intervention). Life became a supreme value, the one for which one was ready to sacrifice both the principles of economic freedom and of political liberalism. The pandemic marked the advent of biolegitimacy, that is to say, the recognition of life as the most precious asset. One can measure the moral revolution that was at work when one thinks of how, not so long ago, during the two world wars, millions of soldiers were sent into battle and one did not hesitate to expose the civilians of their own country to danger. Still, from now on, was it a matter of protecting one's own people by turning a blind eye to the casualties caused by the enemy in Afghanistan and Iraq. However, even in the face of the pandemic, the emergence of biolegitimacy had its limits.

The moral revolution that considered life a supreme good justifying the most radical measures in fact had two serious setbacks. First, it was marked by profound disparities. If there is one fact that the pandemic has revealed for a great part of the population, it is the inequalities in front of illness, medicine and death. Certainly, these pre-existed: in France, the poorest 5% of people lived on average 13 years less than the richest 5%, and in the United States, between black men who had interrupted their schooling and white men with a university degree, the gap in life expectancy at birth was 15 years. Yet nobody seemed to care about what should have led to major political responses. But because of the attention the pandemic has drawn, the evidence of inequalities has become obvious. In France, mortality in poor cities was as high as three times the national average, and in the United States, the death rate for black and Native Americans was three times higher than that of white people. In other words, these inequalities have a double component: socio-economic and ethno-racial. As a series of surveys showed, these disparities were expressed in the prevalence of risk factors, in the use of medicine, in the quality of care, and ultimately in the probability to die. The second setback is that international solidarity was found to be deficient very often. Borders have closed, aid has become scarce, and rivalries have intensified. The United States government announced that it would give itself priority in the distribution of vaccines since its contribution to research had been the most significant. The states within the US have been in fierce competition with each other for access to ventilators for their intensive care units. Examples of this lack of solidarity could be multiplied. However, the European Union has been an exception insofar as transfers of critically ill patients have been possible between countries and vaccine orders have been grouped together with a redistribution in accordance with the demography of each country. But Africa has been the main victim of these inequalities. In September 2001, a year and a half after the start of the pandemic and nine months after the start of immunisations, the continent had received only 2% of the 6 billion doses distributed worldwide, even though it is home to 18% of the world population, and hosted testing sites for some of the vaccines. Two major facts therefore become apparent: the concentration of attention around the pandemic, but in an exclusive and selective way; and the recognition of the higher value of (certain kinds of) human life with deep inequalities and serious deficits of solidarity. Both of these events have particularly affected Africa.

However, the continent seemed less affected than was imagined. There is certainly under-reporting of deaths and even more so of infections, but this varies greatly from one country to another. A mathematical model by a team from the World Health Organization's office in Africa estimates that

in 2020 and 2021, the number of cases in 47 countries on the continent would have been 505 million, of which only 1.4% had actually been reported, with a death toll of 440,000, of which 35.3% had been reported (Cabore et al., 2002). The lethality rate would, according to this study, be 0.87%. By comparison, according to data from Johns Hopkins University, this rate is 11% in the United States, nearly 13 times higher. These figures have sometimes been criticised as being similarly underestimated. By using a more direct method of calculating the excess mortality compared to expected mortality in previous years, which is attributed to the pandemic, another team found an excess mortality in 117 countries of 101 per 100,000 in sub-Saharan Africa, significantly lower than the 140 in Western Europe, the 167 in North America, and the 345 in Eastern Europe, to limit themselves to these three highly contrasting regions of the world (Covid-19 Excess Mortality Collaborators, 2022). Remarkably, however, there is a huge disparity across the continent, with extremes of 53 per 100,000 in West Africa compared to 308 in Southern Africa, almost 6 times more. In short, the continent as a whole seems to be less affected than all the others, with the exception of Oceania, but this cannot be generalised to all countries, and it is certainly necessary to be much more specific in the comments that can be made on the epidemiological situation, country by country, or at least sub-region by sub-region.To account for the relatively smaller scale of the epidemic in Africa — with the exception, it must be stressed, of its southern part — and this, even though prevention measures seemed more difficult to implement, the health system was less adapted to the needs of resuscitation and vaccines were practically unavailable, much emphasis has been placed, and certainly rightly so, on the young age of the continent's population: the lethality of the infection is indeed 60 times lower among the 18-29 year olds than among the 65-74 year olds and 140 times lower than among the 75-84 year olds. Other factors may have been at play, but it must be acknowledged that there is still a significant amount of uncertainty. But, inversely, one cannot underestimate the negative consequences of the implementation of binding measures adopted too quickly replicating the formulas used in industrialized nations. However, while in the later countries the consequences of the lockdown and the inactivity could be partially compensated for by state financial interventions at the cost of worsening the public debt, such a response was impossible in already heavily indebted countries for which international agencies and rich countries were reluctant to provide debt relief.

For the populations, the pandemic then became a double burden: on the one hand, the risk of illness without the necessary health resources, and on the other, the loss of income due to the impossibility of carrying out small trades. In some cases, the protests have revealed the forms of survival to which many have been reduced. The authors of this issue of *Global Africa* have endeavoured to provide an account of what has been and is still being played out in Africa with regard to the Covid-19 pandemic through scientific articles, interviews with eminent personalities, and even through artistic performances. Although there was no question of their being comprehensive, their contributions to this volume, which take us from Côte d'Ivoire to Burkina Faso, from Guinea Conakry to the Democratic Republic of Congo, and from Senegal to Tunisia, shed light on the role of climate in the pandemic and the view of traders in the marketplaces, the hazards of prevention and the failures of governance, the historical iterations of hygienism and the worrying future of the anthropocene. The introduction provides an outstanding theoretical framework for the entire issue. A puzzle thus emerges, which makes this collection a must read for anyone interested in understanding the multiple dimensions of the Covid-19 pandemic on African soil.

Bibliography

Cabore, J. W. et al., 2022, Covid-19 in the 47 countries of the WHO African region: a modelling analysis of past trends and future patterns, *The Lancet Global Health*, pp. 1099-114. 10.1016/S2214-109X(22)00233-9.

Covid-19 Excess Mortality Collaborators, 2022, Estimating excess mortality due to the Covid-19 pandemic: a systematic analysis of Covid-19-related mortality, 2020-21, *The Lancet*, 399, pp. 1513-1536. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3.

Fassin, D., 2021, *Les mondes de la santé publique. Excursions anthropologiques*. Cours au Collège de France 2020-2021, Paris, Seuil.





@ Obinna Makata, Medecine After Death
Photo prise par Elise Fitte-Duval lors
de la biennale de Dakar 2022

Prix : 10 000 fcfa - 300 dh - 45 € - 45 $